

10  
57  
233

18 1934

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1874 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas: Por 1 anno . . . . 30\$000. Por 2 annos . . . . 50\$000.

L. XXVIII

Julho de 1934

N. 1

Molestias agudas febris, suppurações, toxemias

## DIFENOLFORMINA ZAMBELETTI

*Previne e cura a gripe, os resfriados,  
as amygdalites e suas complicações.*

★

PNEUMONIA, TYPHO, INFECÇÃO  
PUERPERAL, ERYSIPELA, etc

★

Injecções intra-musculares ou endovenosas  
para adultos e crianças

★

Acha-se á venda a confecção economica de 3 injecções

**Dr. L. Zambelletti**

Caixa Postal, 2069

São Paulo

EXTRATO OVARIANO TOTAL  
DOSADO EM

FOLLICULINA

(GOTTAS)



CRINEX

"ACERTA NUM DIA CERTO"

ATIVO PER OS

20

LABORATORIOS  
UVÉ CRINEX,  
18, rua Saint-Amand, SÃO PAULO (156)

LABORATORIOS  
SCIENTIFICOS FRANCESES  
CAIXA 2331-RIO DE JANEIRO.

# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura: Por 1 anno . . . . . 50\$000. Por 2 annos . . . . . 60\$000

**Vol. XXVIII**

**Julho de 1934**

**N. 1**

## Menarca (\*)

Contribuição para o seu estudo em São Paulo

**Dr. Sylla Orlandini Mattos**

Assistente extranumerario do serviço de gynecologia do Prof. Moraes Barros)

### CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Não entremos aqui em divagações historicas sobre o apparecimento da menarca. Não nos parece de grande interesse pratico reproduzir as explicações por vezes pitorescas com que os antigos procuravam explicar e interpretar a menarca.

Parece-nos entretanto que mesmo hodiernamente não se encontra na maioria dos tratadistas uma definição precisa deste phenomeno physiologico feminino.

Assim é que, não raro, bons autores incidiram em erro ou então não foram precisos na definição.

Basta citar que o proprio Robert Schroeder em seu artigo publicado na obra de Halban Seitz não definiu bem quando disse "constituir a menarca a prova externa de que a mulher tem capacidade para reproduzir". Evidentemente ha erro na definição, pois não se póde confundir puberdade com nubilidade.

Melhor será pois definir a menarca como sendo a primeira emissão sanguinea genital, subordinada á actividade cyclica do ovario.

(\*) Trabalho apresentado ao Congresso Medico Paulista, novembro de 1933.

Será portanto a exteriorisação evidente de que a puberdade se vae estabelecendo na mulher, isto é, época em que se opera no organismo feminino uma série de transformações physicas e psychicas que objectivam torna-la apta para a fecundação.

Convem ainda notar que si de um lado pôde existir mesntruacção sem capacidade de reproducção, tambem poderá existir puberdade francamente manifestada por outras modificações no organismo feminino, sem que haja apparecimento da menarca.

Dahi a importancia de um estudo detalhado da menarca com todas as variações que ella pôde soffrer na sua genese.

Eis pois os motivos que nos levam a acceitar melhor a definição de que "menarca é a denominação dada á época em que se verifica a primeira hemorragia genital, subordinada á actividade cyclica do ovario", sem entretanto incluímos qualquer referencia á questão da puberdade ou nubilidade.

Cabe aqui uma resalva pois casos ha em que a hemorragia se processa, mas não se exteriorisa como acontece nos casos de hymen imperfurado ou de qualquer obstaculo mecanico. São entretanto apenas excepções que não podem prejudicar a definição.

Resalta portanto desde logo a importancia que tem o estudo da menarca e a apreciação das causas que concorrem para irregularidades chronologicas da mesma.

Antes porém de entrarmos no estudo detalhado dessas causas, ainda uma pequena falha nos chamou a attenção nesse estudo: é a divisão em *menarca precoce* e *menarca tardia*, que aliás é feita por quasi todos os autores.

Não parece precisa e didactica essa divisão.

Aliás Faure embora tambem faça essa divisão, accrescenta "é muito difficil definir com precisão o que se deve entender por mens-truações precoces e por menstruações tardias".

Em apoio á nossa affirmação lembramos desde logo que casos ha de menarca, processados em idade tal que só uma alteração profunda de determinados órgãos poderá explicar.

São estes casos que levaram Dalché a denomina-los de monstruosidades emmenicas.

Outros casos porém, incluídos tambem nesta classificação geral, já se aproximam muito mais do normal e qualquer causa das muitas conhecidas pode explicar. Sendo assim, julgamos muito mais racional uma divisão mais ampla, separando aquelles casos francamente pathologicos daquelles intermediarios, que podem occorrer em determinadas condições e que aliás são bastante frequentes, principalmente em nosso meio.

Deste modo proporíamos a seguinte divisão, tomando principalmente o criterio da idade:



|         |   |            |
|---------|---|------------|
| MENARCA | { | Precoce    |
|         |   | Antecipada |
|         |   | Normal     |
|         |   | Retardada  |
|         |   | Tardia     |

Nos casos de menarca precoce incluiremos aquelles em que a menarca se installa antes dos 8 annos.

Nos casos de menarca antecipada incluiremos aquelles em que a menarca se installa entre 8 e 11 annos inclusive.

Nos casos de menarca normal, incluiremos aquelles em que a menarca se installa entre 12 e os 16 annos inclusive.

Nos casos de menarca retardade incluiremos aquelles em que a menarca se installa entre os 17 e os 21 annos inclusive.

Finalmente nos casos de menarca tardia, incluiremos aquelles em que a menarca se installa depois dos 21 annos .

Si quizessemos fazer uma divisão com criterio etiologico, propriamos a seguinte:

|         |   |   |
|---------|---|---|
| MENARCA | { | Pathologicamente precoce (antes dos 8 annos)      |
|         |   | Physiologicamente precoce (dos 8 aos 11 annos)    |
|         |   | Normal (dos 12 aos 16 annos)                      |
|         |   | Physiologicamente tardia (dos 17 aos 21 annos)    |
|         |   | Pathologicamente tardia (dos 21 annos em diante). |

Esta classificação é sem duvida, bastante suggestiva, pois os casos de menarca em determinadas edades só podem ser explicadas por phenomenos pathologicos.

Já tivemos occasião de falar que Robin e Dalché consideravam estes casos como verdadeiras monstruosidades.

Para o nosso estudo, entretanto, esta divisão, sendo mais complexa não seria a melhor. Portanto seguiremos na explanação do assumpto apenas a classificação pelo criterio da idade.

Sendo nossa intenção estudar a menarca em nosso meio, isto é, São Paulo, onde a variedade de clima e o cosmopolitanismo é um facto, ainda de maior valor se nos afigura uma classificação mais ampla.

Passaremos a seguir ao estudo á cada uma dessas variedades e das causas mais provaveis de sua origem.

### MENARCA PRECOCE

No livro de Alban Seitz vamos encontrar a affirmação de que menarca aos 9 annos constitue raridade.

Vem isto pois mais uma vez fortificar a nossa divisão mais ampla de menarca. Na litteratura de que temos noticia o numero de ca-

so attinge no maximo 160 incluindo muitas estatistics, como as de Lenz, Hormann e outros. Diz ainda Schroeder que os casos de 1 a 3 annos são verdadeiramente excepcionaes.

Por nosso lado, estatistica de 9.010 casos, que conseguimos reunir, do serviço do ambulatorio de gynecologia do prof. Moraes Barros, apenas encontramos 1 caso de menarca insallada aos 6 annos, do qual infelizmente não conseguimos observação.

Esses casos citados, notaram os autores, caracterizavam-se pelo desenvolvimento anormal do corpo feminino.

Assim é que as formas se arredondam, crescem os seios, começam a brotar pêlos no pubis e nas axillas. Tambem as radiographias dos ossos denotam a ossificação mais rapida das epiphyses. Cerram-se os labios da vulva e a vagina torna-se ampla e permeavel.

Notaram alguns autores, entre elles Hormann, que o estado psychico não acompanha o desenvolvimento physico anormal.

Nos inumeros casos bem estudados, alguns delles na autopsia verificou-se serem responsaveis pela menarca precoce tumores dos ovarios, (sarcomas, cystomas). Em um delles, Volhard de Halle encontrou todos os signaes de um teratoma pineal.

Thaller tambem cita um caso de menarca precoce com hydrocephalia. Verificamos pois, e aqui repetimos, todos estes casos denotam alterações *pathologicas* profundas, responsaveis pela menarca precoce.

Maranon tambem estuda a menarca precoce, fazendo considerações sobre a sua etiologia. Discorda entretanto em alguns pontos de outros autores. Diz Maranon que a puberdade precoce póde depender de causas extragenitae, e que alguns casos estão ligados ao "*hypervigor constitucional chromosomal da energia organica e sexual.*"

Neste ponto parece-nos entretanto que esse autor não esclarece bem o seu pensamento.

Diz ainda o mesmo autor, que nestes casos quasi sempre familiares, o desenvolvimento psychico muitas vezes acompanha o intellectual.

Pensamos porém que estes casos a que se refere Maranon só encontraremos acima dos 8 annos e portanto estarão incluidos nos casos de menarca antecipada que estudaremos em capitulo aparte.

Dos casos de origem extragenital citados por aquelle autor, figuram aquelles consequentes á alteração da cortex supra-renal (casos de adenoma, sarcoma, etc.).

Nestes casos a hemorragia genital apparece nos primeiros annos de vida, sendo sempre acompanhada de adiposidade e desenvolvimento geral energico e sobretudo de intenso desenvolvimento piloso e não constitue uma verdadeira menarca.

Convem notar e muito bem diz Halban, que casos ha em que todo esse desenvolvimento se faz *sem haver cyclo menstrual*, o que constitue quadro differente que vem a ser o chamado *hirsutismo*. Nós entretanto somos propensos a crer que mesmo que esses symptomas appareçam ao lado da hemorragia, não se poderia catalogar de menarca, porquanto essa hemorragia póde não estar subordinada á actividade do ovario.

Ainda sobre os casos de menarca de causa extragenital acha Marnon existirem duvidas. Assim no hyperpituitarismo, não se encontram casos de menarca precoce como parece dever existir. E' preciso notar aqui, embora de passagem, que muitas vezes apparece na vagina das recém-nascidas uma pequena hemorragia.

Isto em absoluto não deve ser confundido com menarca precoce. A perda sanguinea nesses casos é pequena e passageira.

Zaccharias que estudou muito bem o assumpto diz ter encontrado 10 casos em 400. Halban encontrou 8 vezes hemorragia evidentemente genital em 21 casos que fôra chamado a attender.

Quanto á explicação do phenomeno, a hypothese de Halban é bem logica. Acha esse autor que são hormonios internos que passam através da placenta, provenientes da circulação materna e que irão produzir congestões nos órgãos genitales da recém-nascida, produzindo essas pequenas perdas sanguineas.

E' phenomeno identico ao que se passa muitas vezes com as glandulas mamarias dos recém-nascidos.

Sobre o prognostico quod-vitam dos casos de verdadeira menarca, a communicação de Lenz tem dados que nos levam a considerá-los sempre sombrios, o que mais uma vez comprova serem casos francamente pathologicos.

Existem, entretanto casos como os citados de Thaller, de uma mulher que menstruou dos 2 aos 57 annos, morrendo aos 75.

Camarmond (de Lyon) diz-nos Egas Moniz, cita um caso de uma creança que aos 3 mezes de idade apresentava um desenvolvimento consideravel dos seios, ao mesmo tempo que as partes genitales e as axilas se cobriam de pellos.

Nessa idade appareceu-lhe a menstruação que continuou com regularidade.

"Camarmond viu-a pela primeira vez aos 7 mezes. Ficou admirado com a expressão do rosto que nada tinha de infantil e, sobretudo, com a vivacidade dos olhos que já pareciam exprimir desejos".

Egas Moniz cita ainda um caso, que elle proprio observou de uma rapariga de 30 annos, que era regularmente menstruada desde os 12 mezes.

Além dessas existem outras observações classicas, como a de Anna de Mumenthal e de Catharina Deveese que, não só menstru-

ram antes dos 8 annos, como tambem engravidaram e conceberam normalmente.

Existem ainda outras observações classicas como as de Wachs, Mengus, Diffenbach, Comby e J. Le Beau que citam casos de menarca precoce aos 7 mezes, 2 e 3 annos.

São casos que figuram na litteratura como verdadeiras raridades e cuja etiologia não foi determinada por nenhum dos autores.

Tambem aqui no Brasil conta Adeodato um caso occorrido em Chique-Chique, Estado da Bahia. A observação refere-se a uma menina de 8 annos que apresentava todos os signaes de puberdade e engravidara, levando a termo normal a gestação.

Entre nós isto é, em S. Paulo, tambem tivemos occasião de observar um caso de menarca precoce. Trata-se de um caso, apparecido na Clinica Pediatrica do Prof. Pinheiro Cintra, de uma creança que, tendo 3 annos de idade, vinha sendo menstruada ha 2 ou 3 mezes. Não nos foi possível colher observação completa devido a rebeldia da doentinha. Conseguimos entretanto examina-la rapidamente e observar: O desenvolvimento do seu corpo era normal quanto ás suas formas. Observando-a em completa nudez, tinha-se a impressão de uma mulher adulta em miniatura. Havia evidente deposição de tecido diposo nas regiões gluteas; os seios eram bem desenvolvidos e as linhas do corpo, lembravam aquellas de uma mulher adulta.

Sondámos a vagina e a urethra e encontrámos desenvolvimento anormal para a idade. Tivemos occasião de observar a perda sanguinea que tinha todos os caracteres de uma verdadeira menstruação. As radiographias do craneo nada revelaram de anormal. As radiographias dos ossos longos demonstraram alargamento das epiphyses que se apresentavam em forma de taça. Não conseguimos completar as nossas pesquisas porque a paciente não mais foi trazida para ser examinada.

São porém excepções que só podem confirmar a regra geral. Assim os casos de menarca precoce isto é, antes dos 8 annos em regra constituem anormalidade que só uma profunda alteração pathologica poderá explicar.

*Estatistica (menarca precoce) Em 9.010 casos*

|                   |          |        |
|-------------------|----------|--------|
| 6 annos           | — 1 caso | 0,01 % |
| 7    "            | — 0      |        |
| 8    "            | —        |        |
| Porcentagem total |          | 0,01 % |
|                   |          | 0,     |

## MENARCA ANTECIPADA

No estudo que tivémos occasião de fazer sobre a menarca precoce, verificámos a sua raridade e quaes as causas etiologicas mais provaveis.

Ahi pudemos verificar: só alterações profundas poderiam produzi-la. O mesmo não acontece com a menarca antecipada que, longe de constituir raridade, é assaz frequente em nosso meio.

Teremos occasião de verificar esta affirmacão nas estatisticas obtidas no ambulatório de gynecologia do prof. Moraes Barros. Por outro lado as causas etiologicas aqui são muito mais facéis de se comprovar como passaremos a ver.

Na antecipaçào da menarca muitas causas podem intervir, porém as principaes são as seguintes:

- 1.º) Disposições organicas individuaes
- 2.º) Clima
- 3.º) Raça
- 4.º) Hereditariedade
- 5.º) Alimentação
- 6.º) Influencia do meio
- 7.º) Condições sociaes.

1.º) *Disposições organicas individuaes*

Evidentemente as disposições organicas individuaes, antes que qualquer causa externa, podem ser levadas em conta na antecipaçào da menarca.

Assim é que a constituição talvez tenha influencia uma vez que soffre a acção desta ou daquella causa exterior.

Hoje é um facto corrente quererem muitos autores tirar pela classificação dos typos constitucionaes, verdadeiras conclusões sobre o provavel funccionamiento dos órgãos genitaeis.

E' entretanto este problema complexo porque a constituição tanto pôde ser causa como effeito, mormente quando se admite ser a funcção endocrina do ovario um factor importante no desenvolvimento geral da mulher.

Pode-se porém affirmar por outro lado, existir muitas vezes a predisposição para o desenvolvimento de um determinado órgão em um individuo de determinado typo constitucional.

Guenot compara esta influencia ás que, na mesma raça dão a differença da estatura e as variações da época da dentição.

Será pois apenas um desenvolvimento mais accentuado dos órgãos genitaeis a causa do adiantamento da menarca, sem que haja entretanto qualquer alteração profunda de um outro órgão.

Estes não terão o desenvolvimento daquelles, mas nem por isso deixarão de ter a sua evolução normal.

### 2.º) *Clima*

O segundo factor, o clima, é tido como de grande importancia pelos autores. Não se póde negar a sua grande influencia na antecipação da menarca, mas estamos de accordo com Egas Moniz quando diz que: "a sua acção não é unica e sim dependente de outros muitos factores".

Autores ha que discordam da influencia do factor clima e, entre elles, Robertson de Manchester que nega qualquer interferencia do clima sobre a menarca.

Por seu lado Raciborski em suas observações e de outros num total de 25.592 demonstra claramente essa influencia.

Das suas observações e da de outros conclue Egas Moniz poder-se deduzir as seguintes médias:

Climas quentes — menarca aos 12 annos.

Climas temperados — menarca aos 14 annos.

Climas frios — menarca aos 17 annos.

Hoje, entretanto, sem negar a influencia do clima, admittem alguns autores mais do que elle, interferem os factores raça e hereditariedade.

Em nosso meio, onde a variação do clima e da raça é grande, talvez tenham importancia estes factores.

### 3.º) *Raça* e 4.º) *Hereditariedade*.

Aqui importa a questão das raças puras e mixtas. Estes factos foram longamente comprovados nos estudos de Roubier que fez pesquisas nesse sentido entre os Drusos e Mussulmanos que habitam a Syria.

Nas nossas estatisticas verificámos que, nos descendentes de determinadas raças, a antecipação da menarca é muito mais rara.

São de facto descendentes de raças de climas frios e, apesar do clima quente em que nasceram, a raça dos seus paes influiu consideravelmente, retardando a menarca.

Isto aliás, já é de observação antiga, pois diz Basset, que as negras nascidas nas partes mais frias da Europa menstruam mais cedo. O contrario se dá com as inglezas nascidas na India, nas quaes a menarca só se installa aos 16 ou 17 annos, emquanto que as indianas legitimas tem a sua menarca installado aos 10 ou 12 annos.

Factor de grande importancia, ao nosso ver, no adiantamento da menarca, representa a alimentação.

Endereço: Rua Nillo, 11 — S. Paulo.

(*Continúa*)



## Considerações em torno da cholecystographia (\*)

**Dr. A. Bernardes de Oliveira**

Director e cirurgião-chefe

e

**Dr. Oswaldo de Oliveira Lima**

Radiologista

Trabalho do Instituto Cirurgico Bernardes de Oliveira - CAMPINAS

### SUMMARIO:

- 1) Finalidade do estudo.
- 2) Methodo adoptado.
- 3) Material para estudo e sua classificação.
- 4) Resultados.
- 5) Conclusões.

### 1) FINALIDADE DO ESTUDO

O escopo do presente estudo é indagar da exactidão do diagnostico cholecystographico, graças ao cotejo entre a interpretação radiologica e os achados operatorios.

### 2) METHODO ADOPTADO

Para alcançar o fim almejado estabelecemos a seguinte norma de estudo:

- 1) Quanto á cholecystographia:
  - a) Uso do tetraiodo por via endovenosa. Doente internado no Instituto desde a vespera do exame e ahi preparado.
  - b) Registro do resultado em ficha especial. (Vêr modelo annexo).
  - c) Emprego systematico da contra-prova da contracção vesicular pela ingestão de substancias ricas em lipoides (gemma de ovo) após obtenção da sombra vesicular.

(\*) Memoria apresentada ao Congresso Medico Paulista, Novembro de 1933.

2) Quando á exploração cirurgica *in situ*:

Inspecção da vesícula: situação  
coloração  
fôrma  
relações

Palpação da vesícula: Consistencia  
mobilidade  
esvaziamento

Estado do figado, estomago e pancreas.

## 3) Nas cholecystostomias ou cholecystectomias: estudo cuidadoso macroscopico da vesícula e seu conteúdo.

## 3) MATERIAL PARA ESTUDO E SUA CLASSIFICAÇÃO

Estudaremos 70 casos consecutivos do nosso serviço em que foi possível seguir o methodo proposto, isto é, nos quaes após a cholecystographia uma operação subsequente permittiu a verificação directa das condições vesiculares.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

INSTITUTO GONÇALVES BERNARDES DE JUIZ DE FORA  
CAMPINAS

SERVIÇO RADIOLOGICO

### CHOLECYSTOGRAPHIA.

Nome \_\_\_\_\_ N.º hosp. \_\_\_\_\_

Diagnostico clinico \_\_\_\_\_ Enviado pelo Dr. \_\_\_\_\_

Methodo usado \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

|                  |                      |             |         |                     |                       |                         |                  |
|------------------|----------------------|-------------|---------|---------------------|-----------------------|-------------------------|------------------|
| BÓA VISIBILIDADE | REGULAR VISIBILIDADE | SEM MANCHAS | SEM DOR | CONTRACÇÕES ACTIVAS | ESVAZIAMENTO COMPLETO | BÓA COMPRES. SIBILIDADE | MOBILIDADE LIVRE |
|                  |                      |             |         |                     |                       |                         |                  |

MUCOSA NORMAL

MUSCULAR NORMAL

AUSENCIA DE CALCULOS

NO INFERIOR

|                 |             |           |                       |                         |                        |                    |                    |
|-----------------|-------------|-----------|-----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
| MA VISIBILIDADE | BÓA VISIBIL | DOR LOCAL | CONTRACÇÕES INACTIVAS | ESVAZIAMENTO INCOMPLETO | MA COMPRES. SIBILIDADE | MANCHAS CONSTANTES | MOBILIDADE DIFÍCIL |
|                 |             |           |                       |                         |                        |                    |                    |

MUCOSA GROSSA

MUSCULAR CÂSPIMOMETRIA

CALCULOS

ADHERENCIAS

Diagnostico radiologico \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

RADIOLOGISTA

Os cholecystogrammas serão classificados em 5 grupos, a saber:

1) Vesículas radiologicamente normaes.

Caracteres: sombra homogênea

bôa visibilidade

tamanho e posição normaes (typo morfológico)

contractilidade e mobilidade normaes

indolôr .

2) Vesículas de má visibilidade: a) com contornos regulares

b) " " irregulares

3) Vesículas de contornos irregulares e demais caracteres normaes.

4) Vesículas com manchas constantes.

5) Vesículas não visíveis.

#### 4) RESULTADOS

1) Vesículas radiologicamente normaes.

Temos 11 casos, nos quaes as verificações operatorias revelaram as eventualidades seguintes:

Em 11 casos: 9 vezes: vesículas normaes

1 vez : cholecystite não calculosa com pericholecystite

1 vez : cholecystite calculosa (calculos tamanho mínimo).

Relação dos casos:

*Vesículas normaes:*

|             |        |   |                                      |
|-------------|--------|---|--------------------------------------|
| Observ. n.º | 140    | — | cholecystectomy                      |
| " "         | 2440   | — | "                                    |
| " "         | SP.54  | — | gastrectomia, exploração da vesícula |
| " "         | 2959   | — | idem, idem.                          |
| " "         | 553    | — | idem, idem.                          |
| " "         | 1351   | — | idem, idem.                          |
| " "         | 836    | — | idem, idem.                          |
| " "         | SP.141 | — | idem, idem.                          |
| " "         | SP.202 | — | idem, idem.                          |

*Cholecystite chronica não calculosa com pericholecystite:*

Observ. n.º 2384 — cholecystectomy.

*Cholecystite calculosa:*

Observ. n.º 2542: — Resumo do caso: Como se trata de um caso particularmente interessante faremos um ligeiro resumo dos

pontos mais importantes. Trata-se de uma doente portadora de symptomatologia característica de ulcera duodenal. Realizados os exames necessarios foi confirmada radiologicamente a presença da lesão do duodeno. Uma cholecystographia por via endovenosa mostrou a vesicula absolutamente normal. Indicada e aceita a operação foi praticada uma gastro-duodenectomy parcial por ulcera duodenal. Existiam duas ulceras de contacto. A exploração cuidadosa da vesicula nada evidenciou de anormal tanto pela inspecção como pela palpação. Em seguida a esta primeira operação a doente continuou a se queixar de dores no epigastrio e hypochondrio direito e vomitos. Não obstante o exame radiologico da vesicula attestar integridade do órgão e como os symptoms persistissem apesar do tratamento medico instituido, a idéia de uma nova operação foi aventada e admittida. Assim, passados 3 mezes da primeira intervenção, foi praticada nova laparotomia, sendo observado então o excellente estado do estomago reseccado e perfeito funcionamento da anastomose. A vesicula novamente inspecionada e cuidadosamente manipulada apresentou-se de todo normal, não sendo palpavel calculo algum, nem perceptivel qualquer alteração pathologica de suas paredes. Apesar disso, taes eram as probabilidades clinicas a favor da origem vesicular dos symptoms, que foi deliberada e praticada a cholecystectomy. Ao ser aberta a peça com grande surpresa verificou-se a presença de grande quantidade de calculos muito pequenos no seu interior. A doente que se mantem sob vigilancia continua, ficou completa e definitivamente curada desde então.

#### Conclusões:

Feita a ressalva decorrente do pequeno numero de casos observados, poderíamos dizer:

- 1 — Em 81,8% dos casos o diagnostico radiologico de *vesicula normal* foi *confirmado* pela cirurgia.
- 2 — Em 9,09% dos casos, verificou-se *cholecystite chronica não calculosa* com *pericholecystite* apesar do cholecystogramma normal.
- 3 — Em 9,09% dos casos a cholecystographia se mostrou normal não obstante haver *calculose vesicular*.
- 4 — E' possivel existir calculose da vesicula (calculos de tamanho minimo) que escapem ás mais cuidadosas explorações cirurgicas. (Caso n.º 2542).

\* \* \*

- 2) Vesiculas de má visibilidade: a) com contornos regulares.

Temos 2 casos: em um a operação revela *cholecystite chronica não calculosa* e n'outro, *cholecystite chronica calculosa*.

Relação dos casos:

*Cholecystite chronica não calculosa* Observ. n.º 552 — cholecystectomy.

*Idem, calculosa*: . . . . . Observ. n.º 1028 — idem

Vesícula de má visibilidade: b) com contornos irregulares.

Temos 2 casos em ambos encontrada: *pericholecystite com cholecystite não calculosa*.

Relação dos casos:

Observ. n.º 1797 — cholecystectomy

" " 1495 — idem.

Conclusões:

- 1 — A' má visibilidade corresponde um comprometimento da mucosa vesicular, não se excluindo, porém, a possibilidade de calcrose.
- 2 — A irregularidade de contorno da sombra vesicular representa indicio de pericholecystite.

\* \* \*

- 3) Vesículas de contornos irregulares e demais caracteres normaes.

Temos 6 casos achando-se sempre presente *pericholecystite* na operação.

Relação dos casos:

Observ. n.º 1920 — cholecystectomy

" " 365 — exploração vesicular.

" " 2621 — " "

" " 2592 — gastrec. por ulcera, explor. vesiculo.

" " 1336 — idem, idem.

" " 1447 — idem, idem.

Conclusão:

Confirma-se aqui o valor da irregularidade dos contornos como signal de pericholecystite.

\* \* \*

- 4) Vesículas com manchas constantes.

Temos 16 casos, confirmando-se em todos a presença de calculos.

## Relação dos casos:

|             |      |   |                 |
|-------------|------|---|-----------------|
| Observ. n.º | 347  | — | cholecystectomy |
| " "         | 1809 | — | "               |
| " "         | 2731 | — | "               |
| " "         | 2392 | — | "               |
| " "         | 2164 | — | "               |
| " "         | 2825 | — | "               |
| " "         | 2508 | — | "               |
| " "         | 164  | — | "               |
| " "         | 1472 | — | "               |
| " "         | 395  | — | "               |
| " "         | 2346 | — | "               |
| " "         | 1931 | — | "               |
| " "         | 2629 | — | "               |
| " "         | 2964 | — | "               |
| " "         | 2894 | — | "               |
| " "         | 933  | — | "               |

e gastrec. por ulcera.

## Conclusão:

As manchas constantes na sombra vesicular têm valôr absoluto de calculose.

*Definição:* Entendem-se por manchas constantes aquellas que se mantêm no campo vesicular após a prova da contracção provocada.

A prova da contracção supra-referida é imprescindivel e para melhor esclarecer seu valôr, relataremos 3 casos elucidativos:

- 1.º caso: Após a contracção provocada os calculos se tornam mais visiveis. Observ. n.º 395. Figs. 1 e 2.
- 2.º caso: Após a contracção apparecem calculos anteriormente não perceptíveis. Observ. n.º 154. Figs. 3 e 4.
- 3.º caso: Sombras suspeitas e que após a contracção desapparecem afastando a hypothese de calculose. Caso de ambulatorio. Figs. 5 e 6.

\* \* \*

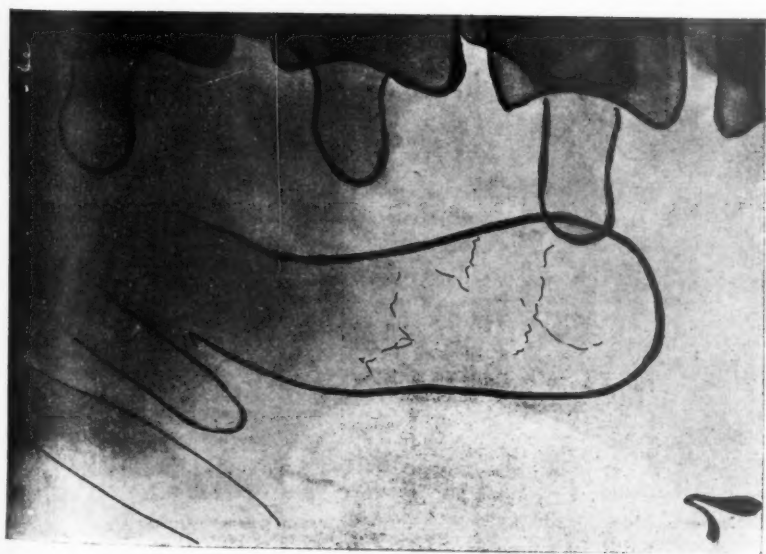
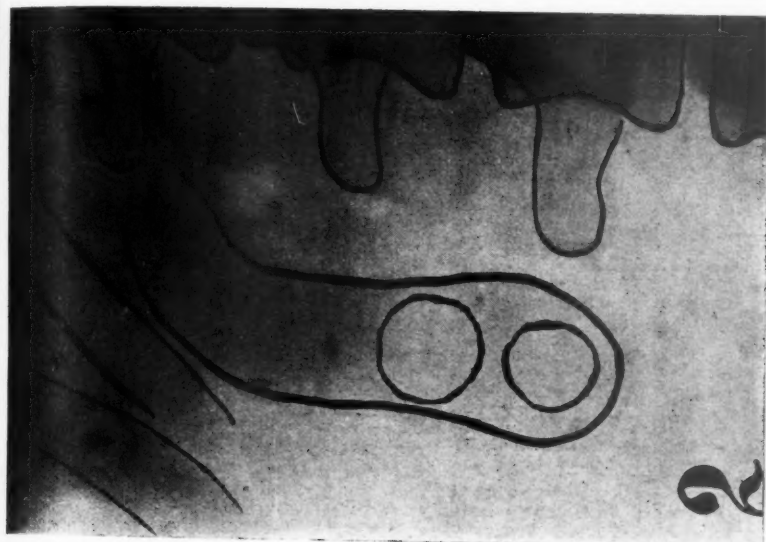
## 5) Vesículas não visiveis.

Temos 33 casos. As verificações operatorias revelaram o seguinte:

Em 33 casos: 25 vezes : calculose sendo 2 vezes coincidente com empyema vesicular

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 1 vez   | : empyema vesicular                   |
| 1 "     | : cholecystite chronica não calculosa |
| 3 vezes | : vesículas normaes                   |
| 3 "     | : ausencia pathologica da vesicula.   |





Após a contração provocada, os cálculos se tornam mais visíveis.

Relação dos casos: *Calculose*:

|             |       |   |                  |
|-------------|-------|---|------------------|
| Observ. n.º | 1751  | — | cholecystectomy  |
| " "         | 2007  | — | cholecystectomy  |
| " "         | 23    | — | "                |
| " "         | 2007  | — | "                |
| " "         | 1800  | — | "                |
| " "         | 2533  | — | "                |
| " "         | 1999  | — | "                |
| " "         | 2776  | — | "                |
| " "         | 1135  | — | "                |
| " "         | 2432  | — | "                |
| " "         | 2937  | — | "                |
| " "         | 2920  | — | "                |
| " "         | 2840  | — | "                |
| " "         | 2548  | — | "                |
| " "         | 1277  | — | "                |
| " "         | 1153  | — | "                |
| " "         | 594   | — | "                |
| " "         | SP140 | — | "                |
| " "         | 1419  | — | "                |
| " "         | 1893  | — | "                |
| " "         | SP191 | — | "                |
| " "         | 250   | — | "                |
| " "         | 2789  | — | "                |
| " "         | 298   | — | cholecystostomy. |

*Calculose e empyema da vesícula:*

|             |      |   |                 |
|-------------|------|---|-----------------|
| Observ. n.º | 2296 | — | cholecystostomy |
| " "         | 2901 | — | cholecystectomy |

*Empyema da vesícula:*

|             |     |   |                 |
|-------------|-----|---|-----------------|
| Observ. n.º | 566 | — | cholecystostomy |
|-------------|-----|---|-----------------|

*Cholecystite chron. não calculosa:*

|             |      |   |                 |
|-------------|------|---|-----------------|
| Observ. n.º | 2151 | — | cholecystectomy |
|-------------|------|---|-----------------|

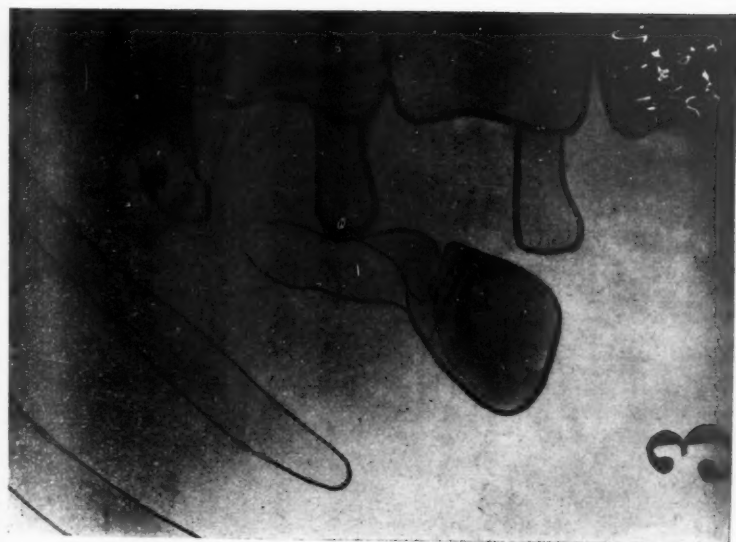
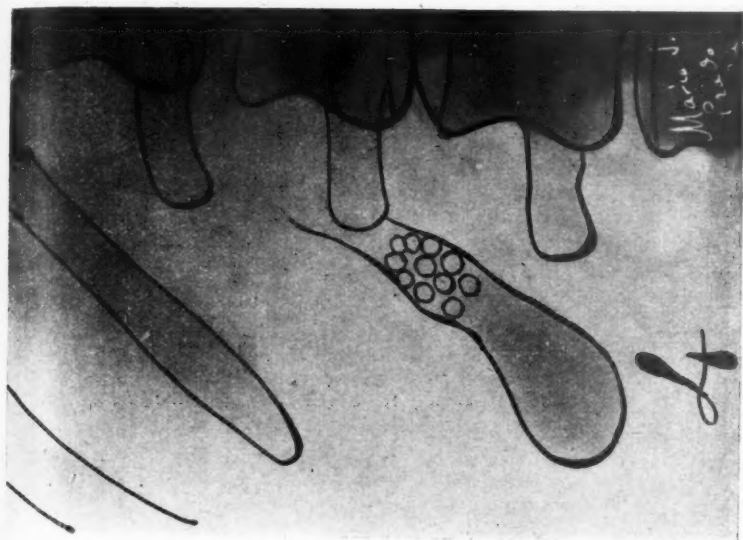
*Vesículas normaes:*

|             |      |   |  |
|-------------|------|---|--|
| Observ. n.º | 2149 | — | exploração vesicular                       |
| " "         | 657  | — | gastrect. por ulcera, exploração vesicular |
| " "         | 3011 | — | idem, idem.                                |

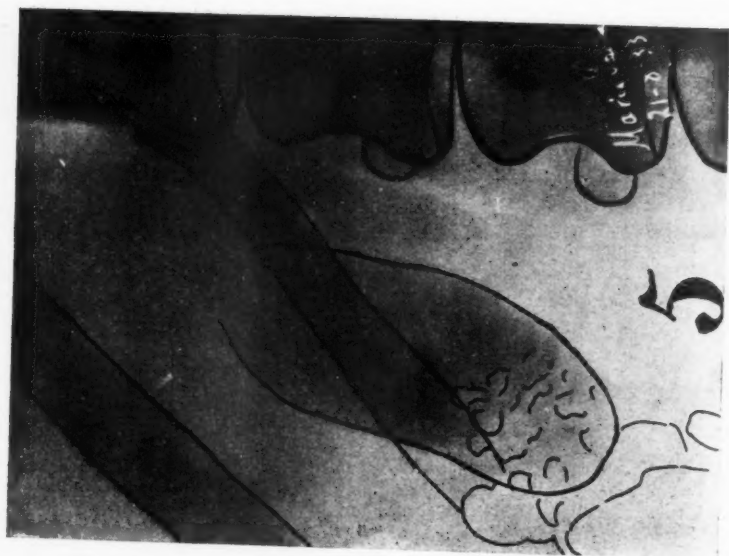
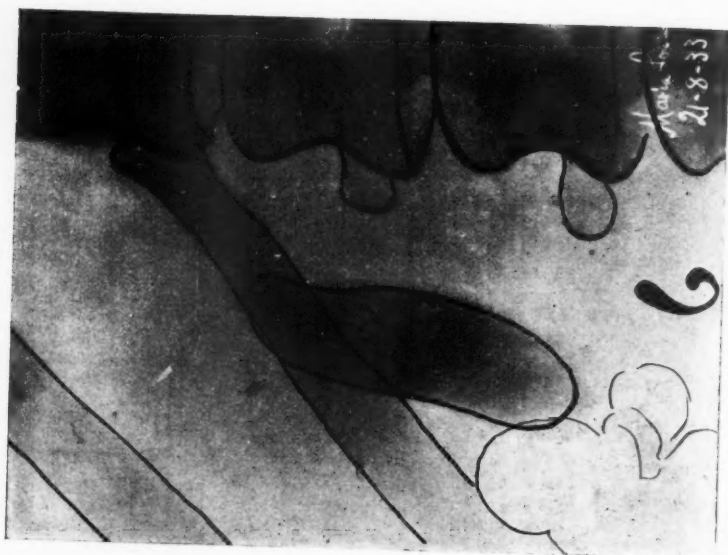
*Vesículas pathologicamente ausentes:*

|             |      |   |   |
|-------------|------|---|---|
| Observ. n.º | 2169 | — | lapar. explor., cicatriz no leito vesicular                         |
| " "         | 1852 | — | ulcera duodenal, gastro-entero, cicatriz no leito vesicular         |
| " "         | 2937 | — | cicatriz no leito vesicular, calculose do choledoco, choledocotomy. |

NOTA — Nos 3 ultimos casos um processo inflammatorio preexistente destruiu completamente a vesícula, da qual só se viam



Após a contração provocada, os calcúlos se tornam mais visíveis.



Sombras suspensas que após a contração desaparecem, afastando a hipótese de serem de cálculos.

na operação vestígios fibrosos. Taes doentes não tinham sido anteriormente operados.

#### Conclusões:

- 1 — Ausencia de sombra vesicular significa em 81,8% dos casos que se trata de uma vesicula cirurgica (cholecystite chronica, empyema vesicular ou calculose), sendo que em 75,7% evidencia a presença de calculos.
- 2 — Em 9,9% dos casos a ausencia da sombra vesicular corre por conta de factores extra-vesiculares mesmo quando se usa a via endovenosa para a administração do corante.
- 3 — Em 9,9% dos casos em que não appareceu sombra vesicular verificou-se na operação a inexistencia da vesicula como consequencia de processo pathologico anterior.

\* \* \*

Decorrente de tudo quanto foi exposto constatamos que em 45 casos a calculose foi evidenciada radiologicamente:

|  |     |
|--|-----|
| 27 vezes pela ausencia de sombra vesicular                                     | 60% |
| 16 vezes por manchas constantes . . . . .                                      | 35% |
| 1 vez pela má visibilidade apenas . . . . .                                    | 2%  |
| 1 vez sendo encontrada calculose em vesicula radiologicamente normal . . . . . | 2%  |

#### 5) CONCLUSÕES:

E' possivel existir calculose de vesicula (calculos de tamanho minimo) que escapem ás mais cuidadosas explorações cirurgicas.

Se bem que a cholecystographia feita por via endovenosa constitua um precioso methodo auxiliar de diagnostico, não deverão suas conclusões prevalecer quando por ventura estejam ellas em opposição a evidencias clinicas bem fundamentadas .

Na serie por nós estudada, em 59 cholecystogrammas anormaes (grupos 2, 3, 4 e 5) 56 vezes encontraram-se na operação vesiculas pathologicas, ou seja 94,9% de confirmações operatorias.

Nesta mesma serie, em 11 cholecystogrammas normaes (grupo 1) a intervenção revelou 9 vesiculas cirurgicamente normaes e 2 pathologicas, ou seja 81,8% de confirmações operatorias.

A presença de manchas na sombra vesicular constitue o signal mais seguro de lithiase, desde que taes manchas permaneçam após a contracção provocada da vesicula.

A prova da contracção vesicular além de afastar causas de erro na interpretação do cholecystogramma representa uma prova funcional indicadora da motricidade do órgão.



**1909** | éra de Ehrlich — assignala o início das grandes descobertas em chimiotherapia arsenical.

**1934** | 25 annos depois — assignala o periodo em que, abandonando paulatinamente os antigos 914, os syphiligraphos, hospitaes e postos de prophylaxia passaram a adoptar o mais moderno, mais espirilicida e mais toleravel dos arsenicaes trivalentes.

# **RHODARSAN**

## **914 DA ACTUALIDADE**

Theor arsenical garantido (19 a 21 %), segundo as exigencias da Pharmacopéa Brasileira,



## Nova especie de *Zelleriella*, parasita do *Bufo marinus* (\*)

**Prof. Samuel B. Pessôa**

Cathedratico de Parasitologia da Faculdade de Medicina  
de S. Paulo

Esta especie, que julgamos ser nova, pois na literatura por nós consultada não vimos, descripção que a ella se ajustasse, foi encontrada no intestino grosso do *Bufo marinus*, por duas vezes. Um dos batrachios parasitado era de procedencia ignorada, outro foi apanhado na serra da Cantareira pelo auxiliar do Laboratorio Snr. Cezar Wozniak. As infestações nos dois casos se revelaram abundantes e por conseguinte conservamos em nossa collecção numerosas laminas fixadas pelo Bouin e corados pelo Heidenhain.

A especie que descrevemos agora, apresenta-se a fresco, de côr amarella cinzenta e medem os individuos medios de 130 a 150 micra de comprimento por 9 até 11 micra de largura.

A forma geral destes organismos, apesar da apparencia diversa devida a varias posições que tomam quando vivos, é em geral typica, differindo bastante das outras especies até agora descriptas.



Fig. 1 — Microphotographia da *Zelleriella antunesi*, sob o aspecto mais communmente encontrado.

(\*) Apresentado á Associação Paulista de Medicina, Secção de Biologia, em 3 de março de 1934.



Fig. 2 — Microphotographia de outro exemplar da *Zelleriella antunesi*, para mostrar o núcleo.

mover esta *Zelleriella* se conserva elle posterior ao organismo. No deslocamento este infusorio pode se conservar no mesmo plano ou então gira em torno de seu eixo.

A pellicula se apresenta sob a forma de uma membrana bem visível, firme e resistente. Os cílios são finos e curtos, difficilmente visíveis a fresco. O ectoplasma é representado por uma estreita zona sub-cuticular, mais hyalina, sendo que o esporão é constituído na sua porção distal quasi exclusivamente por ectoplasma, verificando-se porém, uma distincta massa de endoplasma. E' este muito granuloso e pode apresentar espherulas provavelmente de natureza alimentar.

Os dois nucleos são iguaes, collocados perpendicularmente um atrás do outro, de contorno quasi circular. (Microphotographia 1); ou apresentam-se ovoides, medindo 20 micra de comprimento por 10 micra de largura. Cada nucleo mostra tres massas distinctas de chromatina, de tamanhos diversos, em geral accolados á membrana

Apresentam-se em geral ovoides; o corpo é chato, as suas duas bordas se acham dobradas, estabelecendo assim uma concavidade, e uma dellas se projecta em ponta ou esporão. Mostram-se então com os aspectos das microphotographias 1, 2 e 3. Devido ás dobras das suas margens, muitas vezes, no organismo fixado e corado, pode-se ter a falsa impressão de ser seu corpo cylindrico. O esporão lateral é muito constante, e vimol-o em centenas de exemplares examinados, e ao se loco-

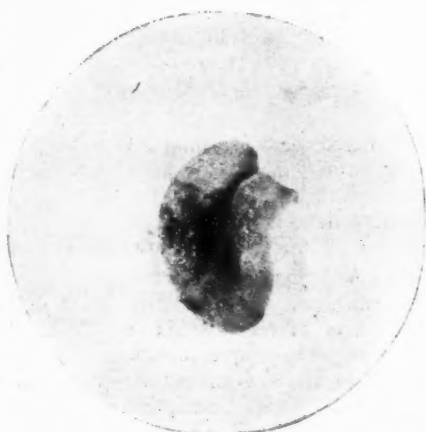


Fig. 3 — Outra microphotographia mostrando a dobra de uma das margens.

nuclear, enquanto o restante do conteúdo nuclear mostra uma estrutura que difficilmente se pode perceber como reticulada, conforme illustra o desenho junto, feito com camara clara.

Considerando esta especie como nova, propomos denominar-a *Zelleriella antunesi* n. sp., dedicando-a ao Dr. Paulo Antunes, competente parasitologista do Instituto de Hygiene de S. Paulo.

Além desta especie, encontramos frequentemente parasitando o *Bujo marinus* de S. Paulo, uma outra especie que identificamos á *Zelleriella antilliensis* (Metcalf). Esta *Zelleriella*, aliás, já foi assignalada por Cordero no Uruguay.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

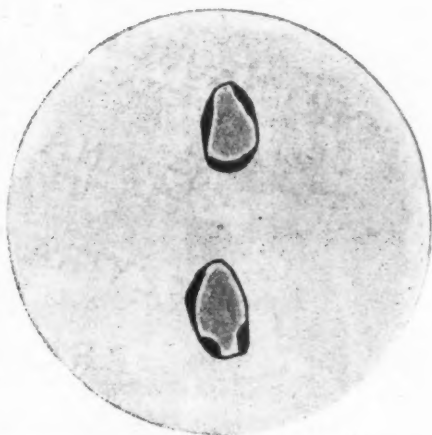


Fig. 4 — Desenho com camara clara para mostrar os nucleos da *Zelleriella antunesi*, ( $\times 750$  vezes).

**RAIOS X**

**DOS DENTES E DA FACE**

*Diagnostico immediato*

**Dr. Darwin**

*Cirurgião Dentista*

**PRAÇA RAMOS DE AZEVEDO, 18 - 2.º Andar**

**Telephone, 4-1826**

**RECALCIFICAÇÃO  
DO ORGANISMO**

**TRICALCINE**

**TUBERCULOSE  
FRACTURAS. ANEMIA  
ESCROFULOSE**

**LABORATORIO DOS PRODUCTOS SCIENTIA**  
21, rue Chaptal, Paris 9.

**AMAMENTAÇÃO  
CRESCENÇA  
GRAVIDEZ**



**SORO NEUROPLASTICO**  
DEFICIENCIAS ORGANICAS

**PEPSINA INJECTAVEL**  
ULCERAS GASTRO-DUODENALES

**EXTRACTO HEPATICO**  
INSUFFICIENCIAS DO FIGADO

**BROMOCALCIO**  
GASTRITES

**NEUROTONE**  
ASTHENIAS ENDOCRINICAS

**UROGENOL**  
INFECCOES VESICULO-RENAES

**MINERVA MEDICA**



**SENHORES MEDICOS:**

Mediante simples indicação de endereço, Fontoura & Serpe terão o maximo prazer em enviar aos senhores medicos um exemplar do Catalogo Illustrado, que apresenta a relação de cinquenta productos pharmaceuticos, que constituem as acreditadas especialidades do

**INSTITUTO MEDICAMENTA  
FONTOURA & SERPE**

Rua 11 de Agosto, 18-B - Telephone, 2-2582 - S. Paulo

**ESTABELECIMENTO SCIENTIFICO-INDUSTRIAL**

## Docimásia Supra-Renal Histológica

(NOTA TECNICA)

**Dr. Hilário Veiga de Carvalho**

(Assistente effect. do Inst. de Med. Legal "Oscar Freire", da Fac. de Med. de São Paulo. Medico legista do Estado. Presidente da Secção de Anatomopatologia da Soc. de Med. Legal e Crimin. de São Paulo.)

Nesta pequena nota busco chamar a atenção dos médicos legistas para um assunto, por certo já bastante e minuciosamente estudado mas que, ao parecer, não tem entrado duma forma habitual no número das práticas useiras na determinação do diagnóstico de morte agónica ou subitânea.

E', por sem dúvida, critério estabelecido procurar conceder maior e sempre mais eficiente amplitude ás práticas do laboratorio coadjuvantes da medicina legal. Dentre estas, muitas lhe são immanentemente adstrictas. Outras, porém, vão-se buscar nas técnicas gerais médicas, para-médicas ou mesmo extra-médicas. O que vos apresento, encaixa-se neste segundo grupo e no primeiro destes três itens. De tal sorte, se alguém procurar nestas linhas novidade, por certo, não a encontrará. A justificativa delas reside, não no fato de se apresentarem cousas inéditas mas, sim, no de propugnar pela difusão de técnicas assaz simples e de evidente auxilio a um diagnóstico difficil de estabelecer qual aquêla a que se destina. Lecha-Marzo (1) asseverava que

*"la prueba de la docimasia supra-renal no tiene un valor absoluto en todos los casos. Lo mismo sucede con los demás procedimientos propuestos para la determinación de la duración de la agonía. Pero si estos signos considerados aisladamente no ofrecen un valor absoluto, pueden adquirir gran significación cuando los encontramos reunidos, pasando a constituir métodos que podemos llamar de probabilidad".*

Aí se encontra um conceito que totaliza as opiniões geralmente hoje aceitas. E é, subordinando-me ao mesmo princípio, que redijo

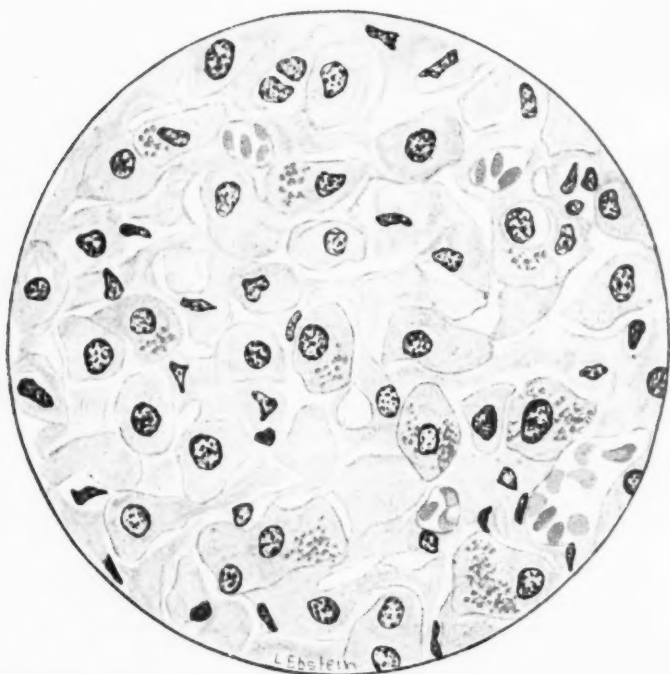
estas linhas chamando a atenção para um processo restrictamente utilizado.

Não preside a esta nota, como já o declarei, o espírito de apresentação de novidades. E, mesmo, se o quizesse fazer, seria possível obtê-lo quando a memoria nos lembra que já a prova de Zondek (2, 3, 4, 5) era conhecida dos antigos egípcios?

\* \* \*

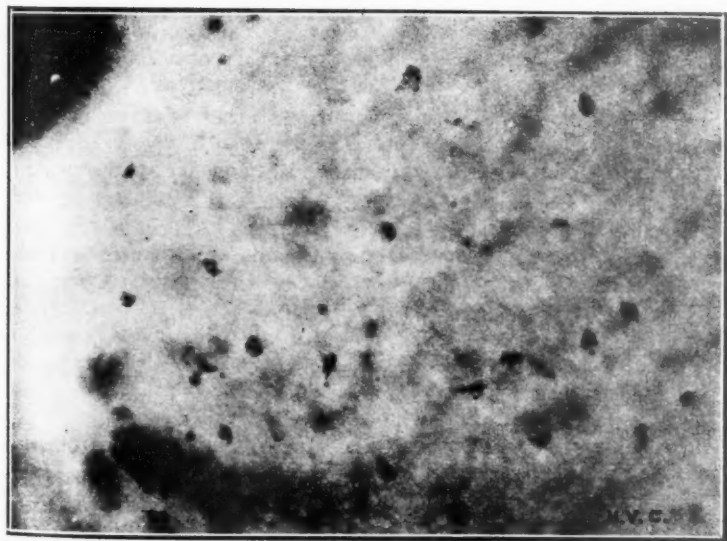
A pesquisa dos grânulos feocrômicos faz-se mediante duas diretrizes no seu apreço histológico: obtendo-se cortes ou examinando-se a superfície do orgam por meios microscópicos adequados.

No operar, adotei o método de fixação patrocinado por Kolmer (6) e indicado por B. Romeis (7), com o qual obtive ótimos resultados.



1 — Grânulos feocrômicos corados em castanho pelo bieromato de potassio segundo Kolmer. Preparado original. Desenho de L. Ebsteln.





2 e 3 — Microfotografias de grânulos feocrômicos. Fixação segundo Kolmer. Microfotografias directas da cápsula suprarenal obtidas com Ultropak. (Obj. U. O. 23  $\times$  im., oc. 8  $\times$  perip. e 12,5  $\times$  ortosc.).

Em síntese, ei-lo:

- 1.º) Fixação na mistura de bicromato de potássio-formol-ácido acético por espaço de 24 hs.
- 2.º) Passagem em uma solução aquosa de alúmen de potássio a 5% durante 24 hs.
- 3.º) Lavagem em água igualmente por mais 24 hs.

Assim, está o material pronto para ser incluído e cortado. Nos cortes, já aparece o elemento adrenalinogênico corado em castanho pela ação do bicromato.

Pode-se adotar uma coloração de fundo e seguidamente tenho empregado para obter quadros completos, a hematoxilina-eosina.

Os resultados podem ser observados no microdesenho da figura n.º 1.

Se se prefere evitar a obtenção dos cortes, às vezes possivelmente impedida por ausência de laboratório aprestado para tal fim, pode-se lançar mão dos epimicroscópios modernos e, assim, após fixação no bicromato, observar diretamente a superfície da cápsula supra-renal com o auxílio do "Ultropak" que foi o dispositivo por mim utilizado. Veem-se, então, os grânulos tintos pelo bicromato ressaltando sobre o fundo claro.

Para se obter esse resultado, imediatamente após a fixação, pratica-se no órgão um corte tendente a fornecer uma superfície o quanto possível plana; lava-se ligeiramente em água e, se se dispõe de objetivas de imersão nesse líquido, basta dispor a cápsula na platina do epimicroscópio e focalizar com tais objetivas.

Se, pelo contrário, apenas podemos utilizar objetivas de imersão em óleo, deve-se colocar, aplicada à superfície de secção e após a lavagem em água, uma lâminula e, mediante ela, empregar, então, as ditas objetivas (x).

As epimicrofotografias das figs. ns. 2 e 3 procuram dar uma idéia da forma por se observam os grânulos feocrômicos. Na observação directa, tem-se melhor visão desses elementos e do fundo; a microfotografia em luz refletida (como já em outras oportunidades tenho referido) dificulta a obtenção de nítidos microfotogramas.

Outros fixadores poderão ser empregados. O indicado, porém, parece-me suficientemente prático e simples para que aqui o recomende, lembrando que, se é possível contar com o auxílio de um "Ultropak", fica assaz encurtado o tempo de apresto do material bastando 24 hs. ou mesmo ainda menos.

\* \* \*

(\*) Conseguir-se-á tal efeito facilmente se se dispuser de uma cuba de Leroux.

A adrenalina, como tem sido suficientemente comprovado, resiste tenazmente á autólise e putrefação do orgam o que é de se tomar em consideração. Tem-se levado essa resistencia até 7 e 8 dias.

Nas minhas observações, possúo um caso de 30 hs. no qual é perfeitamente visível o material adrenalinogênico, tempo que é suficiente na prática correntia das necroscopias.

Fica, pois, nas linhas que antecedem, lembrada a docimásia supra-renal histológica. Tenha-se presente a palavra de Lecha-Marzo e, creio, justificada ficará a apresentação desta nota.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1 — S. Paulo.

## REFERENCIAS

- 1 — LECHA-MARZO, A. — *Tratado de Autopsias y Embalsamamientos*, 2.<sup>a</sup> edição, 1924, pag. 91. Ed. Plus Ultra, Madrid.
- 2 — MANGER, J. — *Alles und Neues zur Frage des Geschlechtsdiagnose aus Showange renharn* — Münch. med. Woch., 1932, n.º 11, S. 437.
- 3 — IDEM, IDEM — *Deut. med. Woch.*, 1933, n.º 23, S. 885.
- 4 — WRESZINSKI, WALTER — *Der grosse medizinische Papyrus des Berliner Museums* — Faksimile und Umschrift mit Übersetzung, Kommentar und Glossar, Leipzig, 1909.
- 5 — IDEM, IDEM — *Med. Klin.*, 1911, n.º 22, S. 871.
- 6 — KOLMER, W. — *Zur vergleichenden Histologie der Saugernebenniere* — Arch. f. mikrosk. Anat., bd. 91, 1-140.
- 7 — ROMEIS, B. — *Guia - Formulario de Technica Histologica* — Trad. esp. da 11.<sup>a</sup> ed. alemã, 1928, Ed. Labor, Barcelona.

## ZUSAMMENFASSUNG

Der V. beschreibt in seiner Arbeit die Methode von Kolmer zur Fixierung der Nebennierenkapseln und empfiehlt die Anwendung der Technik zur histologischen Probe der Nebenniere bei schnellem oder langsamem Tode. Er erinnert ebenfalls an die Anwendung des Ultropak zu demselben Zwecke, nachdem das Organ mit der Kolmerschen Methode fixiert ist.

Der V. begleitet seine Arbeit mit einer Zeichnung und 2 Mikrofotografien.

### BESCHREIBUNG DER FIGUREN :

1) Adrenalinogene Granulos mit Kaliumbichromat braun gefärbt, nach Kolmer. Originalpräparat. Zeichnung L. Ebstein.

2-3) Mikrofotografie der adrenalinogenen Granulos. Fixierung nach Kolmer. Direkte Mikrofotografie des Organs, mit Ultropak erhalten.

## PNEUMATOLON

Producto injectavel altamente **SCIENTIFICO**  
e **ESPECIFICO** da cura da **PNEUMONIA** e  
**BRONCHO-PNEUMONIA** dos adultos e crianças.

As pontadas cessam immediatamente com a **PRIMEIRA** injeção (intravenosa para os adultos). Os focos são totalmente eliminados com **DUAS** ou **TRES** injeções.

**LABORATORIO DR. BARROS**

Dr. V. de Barros e Cia. Ltda.

Rua Pamplona, 183 - sobrado  
Caixa Postal: 2513 - São Paulo, Brasil

O MELHOR TONICO E' A

## PHOSPHO - CALCINA - IODADA

Prescripta diariamente pelos mais notaveis Medicos

*O seu valor therapeutico se impõe pelo seguinte :*

- 1.º — Não contém fluoretos (discalcificantes);
- 2.º — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
- 3.º — Não contém phosphato monocalcico e phosphato bicalcico (fraca assimilação);
- 4.º — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18 %);
- 5.º — Na sua confecção entram como elementos principaes os *Hypo-phosphitos* de calcio e de sodio e o *Iodo* combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90 %);
- 6.º — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.º — E' o tonico que posue maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

*Para obter amostra, queira dirigir-se ao*

**LABORATORIO DA PHOSPHO-CALCINA**

RUA SENADOR FEIJO', 22 — CAIXA, 1578 — S. PAULO

A

## Zea Mays Fischer

conquistou a preferencia do  
mercado em virtude de suas  
excellentes qualidades. E' o  
alimento que os medicos dão  
aos filhos.

**REFINADORA CERES LTDA.**

RUA 3 DE DEZEMBRO N.º 44

SÃO PAULO

## A radiokymographia nos aneurismas aorticos (\*)

**Dr. J. M. Cabello Campos**

Radiologista do Serviço Sanitário, da Santa Casa  
e do Instituto de Hygiene

Um dos aspectos mais difíceis da radiologia vascular, que se apresenta ao medico pratico, nos diagnosticos dos tumores do mediastino, é com certeza aquella no qual a imagem, pela sua situação e conformação, permite duvidas si se trata de aneurisma.

Muitos casos existem em que, pela simples inspecção radiologica, chegamos a conclusões firmes, mas, na verdade, outros ha cujo problema se torna muito complicado, sobre tudo por duas razões, as quaes são: 1) a posição da sombra tumoral; 2) si esta sombra é dotada ou não de movimentos. No primeiro caso temos como elemento principal para o diagnostico do aneurismo a facto da impossibilidade de separar da sombra aortica a imagem tumoral suspeita, em qualquer direcção da exploração radiologica. Esta eventualidade nem sempre é possível, pois, seja pela posição occupada pela imagem suspeita, seja pela falta de superficies de contraste nitidas, torna-se impossivel dizer-se si a sombra tem relação de continuidade ou contiguidade com o vaso arterial. Sobre este ponto é muito elucidativo o caso n.º 4 de nossas observações, onde as innumeradas radiographias, tomadas em diversas incidencias, ainda deixavam duvidas quanto á sua interpretação, na relação da imagem tumoral com a aorta.

Em relação ao estudo dos movimentos, é também a questão bastante complexa, porque, á simples radioscopia, a analyse é muitas vezes prejudicada, quer pelas más condições de visibilidade, que frequentemente deparamos, quer pela amplitude demasiadamente reduzida do deslocamento da orla tumoral. Estes inconvenientes põem ainda mais em jogo o factor subjectivo, pelo qual os exames poderão ser interpretados de maneira discordante.

---

(\*) Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo para concorrer a uma vaga de socio titular.

No estudo de certos detalhes do movimento, é também a radioscopia deficiente, como succede no caso da distincção entre o movimento de propulsão, transmittido das partes vizinhas, e as contrações systolicas das paredes do sacco aneurismático.

E' do exposto que verificamos ser a simples radiographia, mesmo em incidencias diversas, bem como a radioscopia, como factor coadjuvante, elementos muitas vezes insufficientes para o diagnostico differencial entre os tumores solidos adjacentes ao pediculo vascular e os aneurismas. Em resumo, dois escolhos importantes existem no diagnostico dos aneurismas: — a localização e o movimento. E' quanto ao movimento que visa a nossa contribuição, utilisando-nos da kymographia (*κυμα* — onda; *γραφειν* — escrever), ou melhor do registro graphico dos movimentos. Este registro graphico mostrou-se valiosissimo no estudo radiologico dos aneurismas, eliminando o factor subjectivo, registrando os menores movimentos, dando-nos, pelos seus caracteres de inscripção, as varias formas de movimento. Todos estes dados são obtidos num unico cliché, com uma apparelhagem das mais simples.

E' verdade que isto não constitue por si só uma solução do problema, havendo aneurismas thrombosados e calcificados que não têm expansão e nos quaes não nos podemos valer, portanto, deste meio de exame; mas a contribuição kymographica não deixa de ser valiosa, pois, segundo as observações dos autores, é grande a frequencia das imagens aneurismaticas dotadas de movimento, vindo a constituir a quasi totalidade; as nossas observações, embora em numero não muito elevado, confirmam este ponto de vista.

Devemos acrescentar, também, que a radiokymographia, como todos os outros meios semiologicos, não prescide dos outros methodos de exames, quer clinicos ou de laboratorios, os quaes não devem ser desprezados, mas chamados sempre a collaborar para um diagnostico preciso.

Antes de entrarmos na exposição de nossas observações, para melhor comprehensão do assumpto de que tratamos, vamos fazer um breve resumo da radiokymographia, que entre nós já foi objecto de estudos mais detalhados, ao apresentarmos os primeiros trabalhos feitos em collaboraçao com o Dr. Dante Pazzanese, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, Vol. 27 - Fev. de 1934).

A radiokymographia é a representação radiographica dos orgãos com seus movimentos. O aparelho imaginado por Stumpf denomina-se kymographo e é constituido por uma grade de chumbo (24 x 30 cms. ou 30 x 40 cms.) com fendas transversaes de  $\frac{1}{2}$  millimetro de largura, separadas umas das outras por varetas de 12 millimetros. Durante a tomada de um kymogramma, a grande desloca-se 12 millimetros, de maneira que uma fenda venha se collocar no

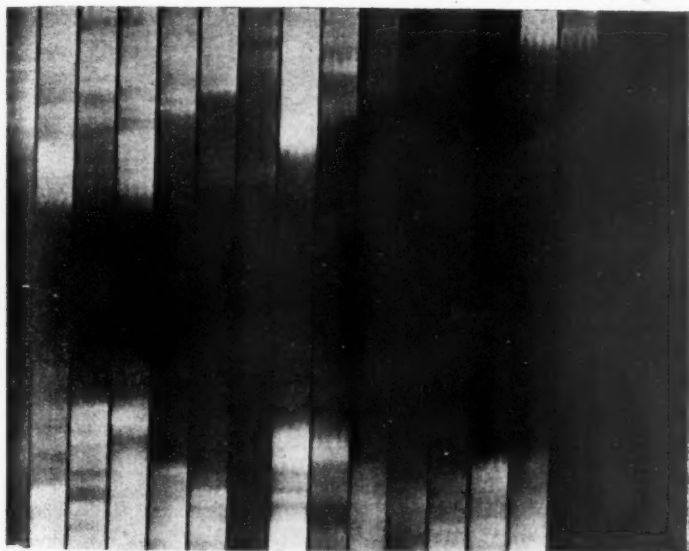


Fig. 2  
Radiokymogramma normal — Tempo 2,5 segundos —  
Film movel.

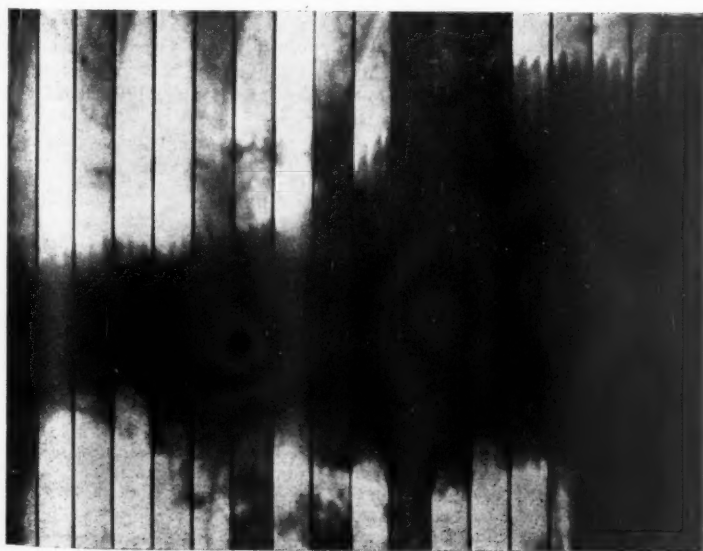


Fig. 1  
Radiokymogramma normal — Tempo 2,5 segundos —  
Grade movel.



lugar que era accupado pela fenda seguinte, e isto num tempo determinado, que é, para o coração e vasos, geralmente de 3 segundos. O quadro é interposto entre o paciente e o film; a medida que o quadro se desloca, elle vae descobrindo novas partes do film ainda insensibilizado, as quaes recebem as impressões do órgão em posições succesivamente novas. A imagem obtida tem a forma mais ou menos commum das teleradiographias. O contorno della é formado de dentes, nos quaes as partes mais afastadas do centro correspondem á expansão maxima e as partes mais proximas á retracção maxima. Estes dois pontos estão ligados por dois ramos: um longo e obliquo, correspondente no coração á diastole, e um curto e horizontal, correspondente á systole. Estes dentes são característicos nas varias partes do coração e dos vasos e é assim que vemos num kymogramma tomado com a grade descendo, os dentes ventriculares com ramo longo e obliquo precedendo a ponta, e os dentes da aorta em sentido inverso, isto é, o ramo obliquo seguindo a ponta do dente. As imagens divergem um pouco, conforme a maneira de se tomar um kymogramma, porque tanto se pode mover a grade como o film. No primeiro processo, com grade movel, a imagem no seu contorno é mais ou menos continua, ao passo que com o film movel ella toma um aspecto escalariforme. A divergencia de imagens provem de que num são registrados pontos successivos da orla e no outro é sempre o mesmo ponto que atravessa a grade immovel.

Os dentes aorticos, pela sua amplitude e pelo seu tempo de apparecimento, permitem-nos o estudo dos movimentos vasculares. Assim é que numa base do coração (radiographia antero-posterior), que se mostra muito alargada, podemos dizer sem duvida si é a veia cava ou si é a aorta que occasiona esse alargamento (Stumpf - Röntgen-Praxis - "Die Pulsatorischen Bewegungen er Grossen Gefasse in Röntgenbild" - Oct. 933 - H. 10).

Especifiquemos, agora, algumas de nossas observações mais interessantes, dentre as que possuímos:

Na primeira observação vemos uma imagem aneurismatica que se destaca da porção mais alta da aorta ascendente, cujo radiokymograma mostra movimentos de pequena amplitude em numero de 4 por intervallo, isto é, o mesmo numero de dentes aorticos, que são egualmente pouco amplos, bem visiveis no Joelho posterior da crossa.

Na segunda observação trata-se de um aneurisma do tronco-brachio-cephalico, onde os movimentos são muito visiveis, embora de pequena amplitude. Existem tres dentes e meio por intervallo e são synchronos com os da aorta. Este caso, pertencente ao serviço da cadeira de Clinica do Professor Dr. Ovidio Pires de Campos, é particularmente interessante, porque vem confirmar a supposição de que muitas vezes os aneurismas dotados de pouco movimento não têm um prognostico immediato máo, devido ás formações thromboticas que impedem o seu rapido desenvolvimento. Este paciente acha-se internado na enfermaria ha cerca de trez annos, no decurso dos quaes foram tiradas varias radiographias, mostrando o estado mais ou menos estacionario do seu aneurisma.

O terceiro caso é de um sacco aneurismatico da crossa aortica, onde vemos todo o seu contorno formado de dentes em numero de 4 por intervallo, muitos





Fig. 3

Radiokymogramma da observação 1 — Tempo, 3,0 segundos. Grade movel. Aneurisma da aorta ascendente, com movimentos de pequena amplitude. Em cima: — Orla do sacco aneurismatico ampliada.



Fig. 4

Radiokymogramma da 2.<sup>a</sup> observação — Tempo 2,5 segundos. Grade  
movel. Aneurisma do tronco brachio-cephalico. A' direita, em cima,  
norta aneurismatica ampliada.



Fig. 5

Radiokymogramma da 3.<sup>a</sup> observação. Tempo 3 segundos. Grade movel. Aneurisma da crossa. Ao lado, parte da orla do sacco aneurismatico ampliada.



Fig. 7  
Teleradiographia da observação 4 (perfil).

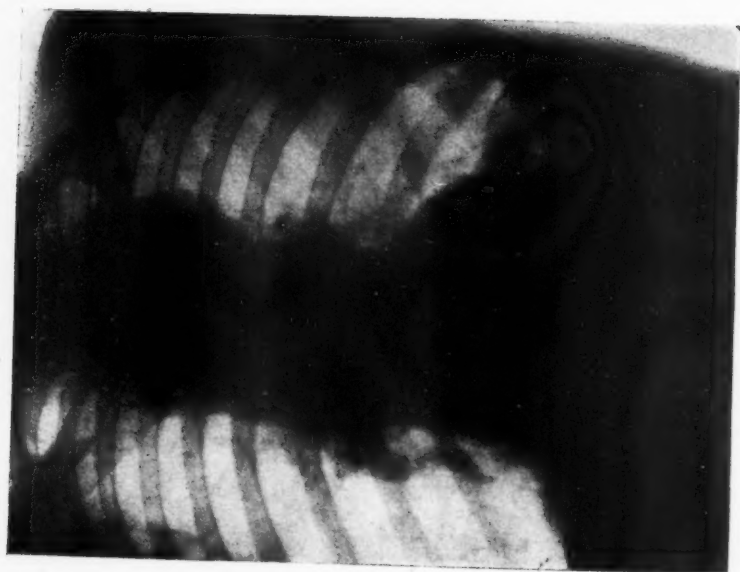


Fig. 6  
Teleradiographia da observação 4 (antero-posterior).

nitidos, mas tambem de pequena amplitude. Em alguns dentes percebe-se o formato aortico.

A quarta observação é um exemplo tambem muito instructivo, porque todas as radiographias feitas nas diversas incidencias não permitem por si só o diagnostico de aneurisma ; vê-se, em quasi todas, o contorno aortico mais ou menos preciso, o que constitue um factor contra essa hypothese. A sua forma polygonal, pouco frequente nos aneurismas, e sua posição, tornam tambem o caso muito discutivel. Nessa observação, a imagem cardiaca apresenta dimensões reduzidas, com a sua ponta globulosa e desviada para cima. A orta thoracica está sensivelmente alongada e dilatada em toda a sua extensão, com contornos bem nitidos e com opacidade augmentada. Acima do joelho anterior da crossa (radiogr. antero-posterior) se destaca uma imagem tumoral, que se prolonga para cima de encontro ao ápice esquerdo, com forma facetada. Em exames radiographicos feitos de frente e perfil, o esophago (ingestão da pasta opaca) se encontra recalçado para a direita e para trás, pela massa tumoral ; a trachéa se acha somente desviada para a direita e se projecta, na radiographia de perfil, sobre a massa tumoral. Verifica-se pelo exame radiogr. de perfil que o tumor se destaca da porção media do contorno da crossa (entre o joelho posterior e anterior), havendo, nos limites superiores do anel aortico, perda de contraste entre a massa tumoral e este vaso ; no entanto, é difficil precisar si o tumor faz continuidade nesse ponto com a crossa. No exame radioscopico, notou-se ausencia completa de batimentos ao nivel desse tumor. Estudando o caso pela radiokymographia (frente, perfil e obliqua anterior direita) verificamos : Dentes ventriculares esquerdos occupando 9 espaços e 1/2, bem typicos na sua porção superior e dulos na região da ponta, cuja significação para nós está no movimento complexo da ponta (rotação, projecção para frente e contracção). Os dentes da auricula esquerda são visiveis somente em um espaço. Ao lado esquerdo da orla cardiaca se distingue uma imagem cuja densidade faz contraste nitido, dotada de movimentos e cujos dentes são aorticos typicos (aorta descendente). Para cima sobresaé o joelho anterior da crossa com seus dentes igualmente typicos e mais para cima a imagem tumoral immovel. Os dentes do ventriculo direito occupam os 2/5 inferiores do limite lateral direito ; acima, occupando um espaço, dentes dulos da auricula direita e, mais para cima, dentes amplos venosos. A imagem tumoral, no seu limite lateral interno ou direito, é igualmente immovel. Em perfil, os caracteres referidos dos movimentos da aorta em toda a sua extensão se mostram muito nitidos, mas a imagem tumoral, aqui, apresenta na sua parte antero-posterior movimentos amplos, com dentes aorticos e faz continuidade para baixo, até a parte central do anel vascular. Nas outras porções o tumor se mostra immovel.

Devemos este caso á gentileza do Pro<sup>o</sup>. Dr. Celestino Borroul, que n-o enviou para estudo radiokymographico.

Como vemos, as partes mais opacas do sacco aneurismatico aos raios X são as menos dotadas de movimentos e a parte do kymogramma onde estes se representam nitidos, com caracteres aorticos, é aquella onde a imagem tumoral toma uma densidade igual á vascular. Isto faz suppor que a formação de thrombos é o factor principal do augmento de intensidade da sombra e, ao mesmo tempo, da immobildade de determinadas partes do sacco aneurismatico.

Estas observações são sufficientes para demonstrar a utilidade dos exames radiokymographicos do mediastino. Nos casos duvidosos é indispensavel a tomada de um radiokymogramma, em varias incidencias, pois muitas vezes, como a quarta observação bem demonstra, obtemos reproducção de movimentos sómente numa dellas.

A radiokymographia, si não resolveu de todo o problema, ás vezes tão complexo do diagnostico dos aneurismas, veio trazer uma contribuição de grande valor, permittindo-nos muitas vezes chegar á conclusões definitivas. E' verdade que os aneurismas não pulsateis

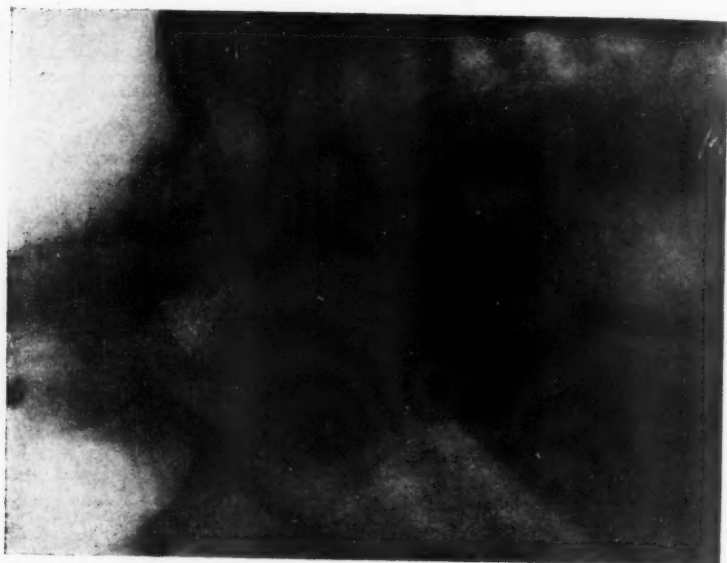


Fig. 9  
Trajecto do esôphago desviado pela massa tumoral, da  
observação 4. (Radiogr. em obliqua anterior direita).

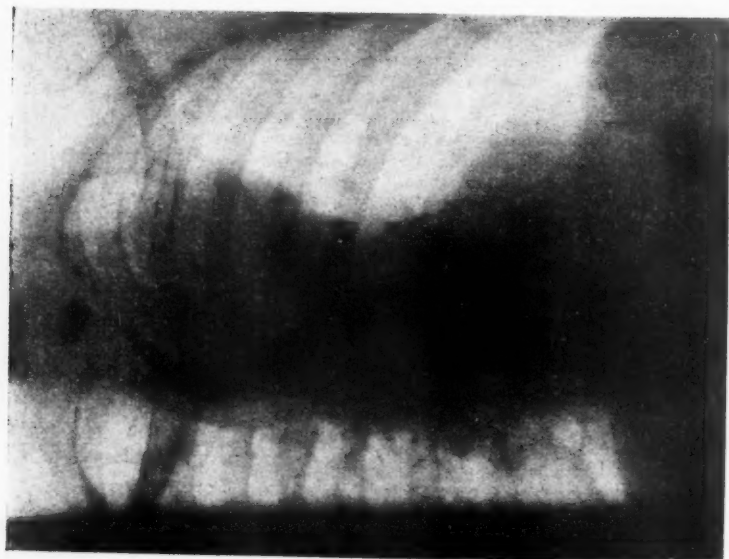


Fig. 8  
Esôphago desviado pela massa tumoral. Observação 4.  
Radiogr. antero-posterior.



Fig. 10

Radiokymogramma da observação 4 em antero-posteriôr. Tempo 2,5 segundos — Grade movel — Ausência de dentes na orla da imagem tumoral.

Trajecto do esophago desviado pela massa tumoral, da observação 4. (Radiogr. em obliqua anterior direita).

Esophago desviado pela massa tumoral. Observação 4. Radiogr. antero-posterior.



Fig. 11

Radiokymogramma da observação 4 de perfil. Tempo 3,0 segundos — Grade movel. Presença de dentes na porção anterior do sacco aneurismatico — Em baixo, ao lado: a parte dotada de movimentos, da imagem tumoral ampliada.



escapam a este meio propedeutico, mas, como já dissemos, o numero destes aneurismas, diante da pratica radiokymographica que registra os menores movimentos, se tornou assaz reduzido.

Considerando as razões apresentadas e a simplicidade do methodo, foi que resolvemos apresentar este trabalho, concorrendo deste modo para a divulgação de um meio semiologico que reputamos indispensavel em muitos casos.

Endereço: Rua Barão de Itapetininga, 10.

### RESUMO

Baseado nos trabalhos anteriormente feitos sobre a *Radiokymographia*, apresentados na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo em colaboração com o Dr. Dante Pazzanese, o autor estuda de uma maneira mais detalhada 4 observações de radiokymogrammas em aneurismas. A principio, enumera as diversas difficuldades que se encontram communmente na pratica, para o diagnostico differencial dos tumores do mediastino, particularmente dos aneurismas, onde se sobressaem como signaes valiosos as relações da massa tumoral com o vaso arterial e os seus movimentos. Em relação aos movimentos, salienta o valor da radiokymographia plana de "Pleikart Stumpf", objectivando um phenomeno que pela simples radioscopia dava margem a variadas interpretações. Depois de um ligeiro resumo da technica empregada e da descripção do aparelho utilizado, estuda minuciosamente as curvas kymographicas de 4 aneurismas e conclue salientando a contribuição valiosa da radiokymographia no diagnostico differencial dos tumores do mediastino, tornando-se, em muitos casos, imprescindivel.

### RESUME'

L'auteur, basé sur ses travaux faits anterieurement en collaboration avec le docteur Dante Pazzanese sur la radiokymographie et présentés à la *Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, étudie d'une façon plus détaillée 4 observations de radiokymogrammes d'anébrismes. Il commence par énuméré les différentes difficultés qu'on rencontre dans la pratique courante, pour faire le diagnostique différentiel des tumeurs du médiastin, en particulier des anébrismes, dans lesquels il faut faire ressortir les relations e la masse tumorale avec le vaisseau artériel et ses mouvements. A' propos des mouvements il observe la valeur de la radiokymographie plane de "Pleikart Stumpf" en montrant un phénomène que par la simple radioscopie donnait lieu à plusieurs variétés d'interprétations. Après avoir fait un résumé de la technique employée et de la description de l'appareil utilisé, il étudie minutieusement les courbes kymographiques de 4 anéorismes et conclut observant la contribution de valeur de la radiokymographie dans le diagnostique différentiel des tumeurs du médiastin, qui est en beaucoup de cas indispensable.

### SUMMARY

Based upon his former works about RADIOKYMOGRAPHY presented to the "Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo", in collaboration with Dr. Dante Pazzanese, the Author studies in a more detailed way, 4 cases of radiokymogrammes in aneurysm. He firstly mentions the various difficulties we usually find in the differential diagnosis of the mediastin tumours, mainly in the aneurysm, where the relations between the tumoral mass with the arterial vessel and its movements are more conspicuous, as precious signs. Regarding the latter, he emphasizes the utility of the plane Radiokimography of "Pleikart Stumpf" indicating a phenomenon which by the simples radiocopy gave margin to several interpretations.

After a slight summary of the technic and the description of the apparatus used, he minutely refers to the kymographic curves of 4 aneurysms and concludes praising the valuable contribution of the process in the differential diagnosis of the mediastin tumours, which in many cases becomes altogether necessary.

### ZUSAMMENFASSUNG

Gestuetzt auf die vorherigen Arbeiten ueber Radiokymographie, die er in der Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo unter Mitarbeit von Herrn Dr. Dante Pazzanese unterbreitet hat, untersucht Verfasser eingehender 4 Aneurysma Faelle mit Radiokymographie.

Anfangs zaehlt er die verschiedenen Schwierigkeiten auf, auf die man so oft in der Praxis bei der Differenzialdiagnose der Mediastinalgeschwulste trifft, und zwar besonderermassen bei der Aneurysmen, wo die Beziehungen der Geschwulstmasse zur Schlagader und ihren Verschiebungen hervorragend wertvolle Anzeichen abgeben. Betreffs der Verschiebungen hebt er den Wert der flaechenhaften Radiokymographie von Pleikart-Stumof hervor, die eine Erscheinung objektiviert, die bei einfacher Radioskopie Anlass zu den allerverschiedensten Auslegungen gab.

Er geht dann oberflaechlich auf die benutzte Technik und die Beschreibung des gebrauchten Apparates ein, untersucht auf das eingehendste die kymographischen Kurven von 4 Aneurysmen und schliest mit der Versicherung, dass dem Beitrag der Radiokymographie hervorragender Wert bei der Differenzialdiagnose der Mediastingeschwulste beizumessen ist und dass sie in vielen Faellen als unentbehrlich betrachtet werden muss.

### BIBLIOGRAPHIA

- CABELLO CAMPOS e DANTE PAZZANESE — "*A radiokymographia plana de Pleikart Stumpf*". — Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. Vol. 27, Fev. 954.  
 DAHM, MAX — *Die Bewegungen der Oesophagus im Röntgenbild.* — Fortsch. Röntgenst. April, 1931.  
 DAHM, MAX. — *Rippen und Zwerchfellbewegung im Röntgenbild, etc.* — Fortsch. Röntgenst. März, 1933. pag. 276.  
 DELHERM L., EMILE BORDET, THOYER — ROZAT et FISCHGOLD. — *Courbes de radiokymographie de la revolution cardiaque.* — Bull. et Memoires de la Soc. de Rad. Méd. de France. XXI Année. Octobre, 1933. pag. 651.  
 DIETLEN — *Herz und Gefässe im Röntgenbild.* — J. A. Barth. Leipzig, 1925.  
 FETZER, HANZ — *Die Lage des Rechten Vorhof und Kammer des Sterbenden Menschen.* — Fortsch. Röntgenstr. Bd. XLVI. Hft. 1. pag. 29.  
 GOTT und ROZENTHAL — *Über ein Verfahren zur Darstellung der Herzbewegung.* — mit mittels Röntgenstrahlen (Röntgenkymographie). Münch. med. Wschr. 912, n.º 38.  
 GRÜDEL, TH. — *Die Technik der Röntgenkinematographie.* — Dtsch. med. Wschr. — 191.  
 HUBER — Citado por Carl Shilling. — *Die Anwendung der Flächenkymographie in der Diagnostik.* — Fortsch. Röntgenstr. März, 1933. pag. 241.  
 SCHATZKI — *Das Geschiele Aorten aneurisma.* — Fortsch. Röntgenstr. 44 H. 5.  
 SCHILLING, C. — *Die Anwendung der Flächenkymographie in der Diagnostik.* — Fortsch. Röntgenstr. März, 1933. pag. 241.  
 STUMPF, PLEIKART — *Das Röntgenographische Bewegungsbild und seine Anwendung* (Flächenkymographie und Kymoskopie). Verlag G. Thieme Leipzig, 1931.  
 STUMPF, P. — *Die Anwendung der Flächenkymographie in der Diagnostik.* — Fortsch. Röntgenstr. März, 1933. pag. 241.  
 STUMPF, P. — *Die Pulsatorischen Bewegungen des grossen Gefasse in Röntgenbild.* — Röntgenpraxis. Oct. 1933. h 10.  
 WILK, ADOLF — *Untersuchungen an Herzen mittels Röntgenkymographie.* — Fortsch. Röntgenstr. Nov. 1932. pag. 558.

## Cirurgia do nervo phrenico fóra da tuberculose (\*)

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

*Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio Santa Catharina*

A cirurgia do nervo phrenico nasceu com o raiar do seculo actual: em 1904 Sauerbruch (1) fez a primeira secção do phrenico, com o intuito de "facilitar um procedimento technico" (2), pois realizava a resecção intrathoracica do esophago de um cão e esse expediente surtiu os effeitos desejados. A idéa de Sauerbruch ficou como uma scentelha lançada á argucia dos profissionaes. Depois de uma serie de investigações experimentaes (2), em 1911 Stuertz (3), suggeriu a paralysação de um hemidiaphragma com o fim de beneficiar a tuberculose pulmonar chronica unilateral. Segundo Colmers (4), foi Ochlecker quem primeiro executou no homem a phrenicotomia aconselhada por Stuertz. Entretanto, affirmam Clairmont, Winterstein e Dimtza (5) que essa prioridade cabe a Bardenheurer. Poucos entusiastas encontrou a principio a phrenicotomia, tanto que de 1911 a 1922 a literatura apenas consigna 43 casos operados (6). E' que nem sempre se verificava a elevação do diaphragma e os resultados, portanto, deixavam muito a desejar. Foi posta em fóco, então, a questão dos phrenicos accessorios ou paraphrenicos e Félix substituiu em 1922 a simples phrenicotomia pela phrenicoexerése, isto é, a simples secção do nervo pelo arrancamento do mesmo, operação esta que, em 1924, Maurer (6) chamou de phrenicectomy, denominação hoje usualmente empregada. Os resultados passaram a ser os almejados e a pratica da intervenção em poucos annos se tornou corriqueira em todas as clinicas.

A' proporção que creava fundas raizes no terreno da tuberculose, a cirurgia do phrenico foi sendo lembrada e executada em outros dominios da therapeutica. Já durante a Grande Guerra, na clinica de Sauerbruch, Jehn (2) fez a phrenicotomia bilateral com o fim de fazer cessar a rigidez tetanica do diaphragma, graças ao que se

(\*) Contribuição ao Congresso Medico Paulista, reunido em novembro de 1933.

tornou possível a respiração artificial por insuflação passiva do pulmão. Em 1924, Brunner (7) aconselhou a phrenicectomia como tratamento paliativo de certas perturbações cardíacas (tachycardia, palpitações, etc.) imputáveis ao desvio do mediastino devido ao desenvolvimento excessivo de um processo de fibrose pleuro-pulmonar. Como susceptíveis de obter benefício da phrenicectomia foram logo lembrados o abcesso e a gangrena do pulmão e a bronchectasia da base. E, mesmo como medida prophylactica da dilatação bronchica, Moore (8) lembrou-a nos casos da chamada pneumonia fibrosa e Moriston (9) nos casos de persistencia de focos pneumonicos da base.

O receio da intervenção logo desapareceu e já em 1926 Wiese (10) apresentou 4 casos em crianças de 12 a 14 annos. Fernando D. Gómez (11) relatou um caso em que se fez a phrenicectomia para tratamento de uma caverna pulmonar; com isso, deu-se uma vomica e então poudeser corrigido o diagnostico: tratava-se de um kysto hydatico, que se rompera num bronchio, graças á retracção do parenchyma pulmonar.. Em vista desse facto, que foi seguido de uma cura rapida, é possível que a phrenicectomia tenha a sua utilidade nesses casos, não sómente para facilitar a redução da cavidade deixada por kysto hydatico tratado pela marsupialização ou pela exérese, como já fôra proposto e executado, mas tambem como um processo autonomo, capaz por si só de determinar a cura. Warner em 1926 e Haim em 1927 (8) preconizaram a phrenicectomia no tratamento de ferimentos pulmonares produzidos por lamina de faca ou projectil de arma de fogo. Estanca a hemorrhagia e favorece a cicatrização.

Antes disso, em 1925, fazendo referencias a casos anteriores, Gamble, Pepper e Muller (12) relataram o successo da simples refrigeração dos phrenicos com cholrethyla num caso de tic diaphragmatico post-encephalitico, fazendo cahir de 90 a 20 por minuto as contracções do musculo. Em identicas circumstancias, outros recorreram á cirurgia, contando-se entre elles C. Dowman (13).

Em 1928, Ivanissevith, Prini e Ferrari (14) publicaram tres observações interessantes em que a phrenicotomia conduziu a uma cura rapida. A primeira refere-se a uma pleurisia diaphragmatica direita, aberta nos bronchios e drenada cirurgicamente, com seis meses de fistulização; a segunda, a um kysto hydatico da base do pulmão direito, tambem aberto nos bronchios; e a terceira, a um pyo-pneumo-kysto do fígado, ainda aberto nos bronchios e com drenagem cirurgica transthoracica.

Stuart Harrington (15) propoz em 1928 que fossem tratados pela simples phrenicotomia certas hernias diaphragmaticas cuja cura radical cirurgica estivesse contraindicada, quer pela natureza propria da condição, quer pelo estado geral do paciente. Além do mais, a phrenicotomia prévia facilita o fechamento da brecha diaphragmatica, selecciona os casos cirurgicos e, nos individuos obesos, é auxiliar de grande valor quando se usa a via abdominal. Stuart Har-

rington (15) usou também em dois casos o diaphragma paralisado para fechar a brecha operatoria após a remoção de um grande tumor maligno da parede thorácica, com o comprometimento do musculo em um dos casos. Depois de ter empregado 15 vezes a phrenicotomia previa na cirurgia da hernia diaphragmatica, esse autor (16) conclue que a paralyção do musculo é muitas vezes de grande valor nas hernias encarceradas e estranguladas, pois que relaxa o anel herniario e previne o espasmo do musculo; e offerece vantagens no fechamento dos grandes orificios, quando ha perda consideravel da estrutura do diaphragma ou quando ha um encurtamento congenito do esophago.

Em 1931, Goldschmidt (17) obteve um successo com a phrenicectomy em um caso de pneumothorax de valvula; diante desse resultado, elle pergunta si tal operação seria sufficiente para determinar a cura de outros casos semelhantes.

Com a discussão das affecções pulmonares fóra da tuberculose no ultimo Congresso Internacional de Cirurgia, reunido na Espanha, veio novamente á baila a questão da phrenicectomy para o tratamento da gangrena, do abcesso e da bronchectasia. Martin Lagos (18) acha que só nos abcessos da base o doente pode ser beneficiado. Já para Emiliano Eizaguirre (19), a indicação mais adequada é para abcessos centraes e para os da base com deficiente desague; quanto á bronchectasia, esse autor conseguiu melhorar a expectoração em quatro casos. Castillo de Lucas (20) curou um caso de abcesso pulmonar em uma criança de 23 mezes graças a uma phrenicectomy. Ao lado desse successos, encontram-se estatisticas em que a intervenção não provou bem. Mario Radaelli (21), por exemplo, que em 1930 publicou um estudo de 609 phrenicectomias, obteve resultado nullo no abcesso e na gangrena pulmonares e na bronchectasia; resultado bom na pequena bronchectasia; e resultado incerto na pleurite exsudativa recente e no empyema da pleura.

Em certos estados abdominaes, a cirurgia do phrenico tem sido usada como methodo autonomo e como auxiliar de outros tratamentos. Antes mesmo de Félix lançar a phrenicóexerese, Blanco Rivero (22) havia praticado a phrenicotomia em um caso de hepatoptose obedecendo a uma suggestão de Nóvoa Santos.

Na ptose gastrica foi Ramón Copello, segundo Teodomiro Vargas (23), o primeiro a propor a cirurgia do phrenico.

Ernesto Serigos (24) operou sete tuberculosos que tinham gastropotose, apresentando uma nota previa á Sociedade de Cirurgia de Buenos Aires em 11 de maio de 1932. Na sua opinião, a phrenicectomy determina a ascensão dos orgams subdiaphragmaticos; quando á esquerda ,acarreta consideravel subida do fundo, corpo e parte do antro do estomago; quando á direita, produz menor subida da região pyloro-antral. Por isso, julga ser util a operação na gastropotose e na estase gastrica por ulcera duodenal.

Nas grandes hernias gigantes, em que as visceras perderam o seu dominio abdominal, a phrenicectomy é indicada como um primeiro tempo operatorio. Estanislao Uranga (25), de Madrid, defendeu esse ponto de vista no 3.º Congresso de Cirurgia Reparadora, Plastica e Esthetica, reunido em Paris em outubro de 1932.

Segundo Lenormant e Leriche (26), a phrenicectomy tem indicação nas adherencias phrenopericardicas. Valdés Lambea (27) aconselha-a na pleurite diaphragmatica, quando determina um syndroma doloroso intrathoracico.

Dunner e Mecklenburg (28) extendem a sua indicação para a asthma bronchica, em que agiria beneficemente por um mecanismo trophoneurotico.

São, pois, muito numerosas as indicações propostas para a cirurgia do phrenico. No quadro abaixo procuramos coordenar-as de maneira a offerecer um eschema facilmente analysavel. E' provavel que ainda falem algumas indicações já propostas, como tambem é muito possivel que ahi figurem indicações que a pratica não justifique nem a theoria aconselhe. Eis o eschema que organizamos:

|   |  |
|---|--|
| Affecções pulmonares . . . . .          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certas formas de tuberculose.</li> <li>2. Abscesso.</li> <li>3. Gangrena.</li> <li>4. Bronchectasia.</li> <li>5. Kysto hydatico.</li> <li>6. Ferimentos por faca.</li> <li>7. Ferimentos por projectil de arma de fogo.</li> <li>8. Asthma.</li> <li>9. Certas formas de pneumonia.</li> </ol>                               |
| Affecções pleuraes . . . . .            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certos casos de tuberculose.</li> <li>2. Pleuriz <math>\left\{ \begin{array}{l} \text{Com drenagem externa.} \\ \text{Com fistula bronchica.} \end{array} \right.</math></li> <li>3. Pneumothorax de valvula.</li> <li>4. Hematopleura.</li> <li>5. Pleurite diaphragmatica com syndroma doloroso intrathoracico.</li> </ol> |
| Affecções attingindo o diaphragma       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetano.</li> <li>2. Solução.</li> <li>3. Hernia.</li> <li>4. Tumores.</li> <li>5. Myosite.</li> </ol>  |
| Affecções cardio-pericardicas . . . . . | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desvios do coração por fibrose excessiva pleuro-pulmonar.</li> <li>2. Adherencias phreno-pericardicas.</li> <li>3. Tachycardias em tuberculosos.</li> </ol>  |
| Certos estados abdominaes . . . . .     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abscesso hepatico aberto em bronchio.</li> <li>2. Hepatoptose.</li> <li>3. Gastropoptose.</li> <li>4. Hernias gigantes.</li> </ol>   |

Alfóra numerosos casos em que lançámos mão da cirurgia do phrenico por tuberculose pulmonar, tivemos oportunidade de a ella recorrer por duas vezes em indicações que não são muito frequentes e merecedoras, por isso, de serem aqui referidas em particular. Vamos dar as observações resumidas dos nossos casos, seguindo-as de alguns commentarios a que fazem jús.

CASO N.º 1 — H. B., com 26 annos, solteira, allemã, branca, residente nesta capital. Em novembro de 1931 começou a sentir dor no epigastrio, pouco intensa, sem rythmo, sem propagações, sem relações com a alimentação. Não tinha vomitos, nem se queixava de asia. A's vezes catarrho nas fezes; evacuações sem puxos. Palpar abdominal negativo. Um exame radiologico evidenciou um estomago de forma, capacidade, motilidade, tempo de exvasiamento normaes; ausencia de lesão do bulbo duodenal (Dr. J. M. Cabello Campos). Em dezembro de 1931 iniciou-se um symptoma estranho e persistente, a principio pouco accentuado e logo a mais e mais intenso e alarmante: era uma serie de 12 a 15 cyclos respiratorios bruscos, extremamente activos, succedendo-se rythmicamente com accelerada frecuencia, fazendo lembrar um conjunto de soluções decuplicados na sua intensidade para se tornarem quasi gritos. A sua agudez fez lembrar a um collega o som da araponga. Era tão estranha a manifestação que um vizinho foi ingenuamente perguntar si havia algum cãozinho novo em casa... As crises sobrevinham cada vez com mais insistencia e para que fossem despertadas bastava que tomasse qualquer alimento. E enquanto a digestão gastrica não se fazia, por duas horas e mais, a intervallos curtos, se repetiam as séries, que, de resto, não duravam mais que meio minuto. Com isso teve a doente que se esquivar de alimentação, ingerindo-a somente em pequenas quantidades. Dahi um grande emmagrecimento: o peso cahiu para 35 kilos e meio. A temperatura subia a 38.º e accentuaram-se algumas manchas cor de café com leite que a cerca de um anno lhe haviam apparecido nas faces. Cephaléa persistente. Evacuações com catarrho, uma a duas vezes por dia. Exames repetidos nada accusaram nos pulmões e no coração. Espaço de Traub augmentado. Extremidades frias, pallidez, olhares mortifcos. As regras não desceram desde abril de 1932. A fraqueza era extrema e as crises se repetiam insistentemente, agora não só com a parca alimentação que ingeria, mas tambem ao se calcar ao nivel do appendice xiphoide. Bastava tocar-se de leve nesse ponto para que ellas se produzissem. E a sua cessação immediata podia ser obtida com a compressão dos ovarios, facilmente realizavel em pessoa tão emmagrecida. Experimentamos fazer a anesthesia da pelle ao nivel do appendice xiphoide: a simples infiltração do liquido exacerbou as crises, que se repetiram com muito maior frecuencia e só cessaram com a absorpção completa da solução anesthesica. Tivemos occasião de observar então, com toda a nitidez, que ás contracções rythmicas do diaphragma se formava uma accentuada cintura na base do thorax. Uma tubagem duodenal, realisada pelo dr. Cezario Mathias, deu o seguinte resultado:

|                                    | BILE A        | BILE B        | BILE C         |
|------------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Cor . . . . .                      | Amarello-ouro | Marron escuro | Amarello-claro |
| Aspecto . . . . .                  | Limpido       | Limpido       | Turvo          |
| Reacção . . . . .                  | Alcalina      | Alcalina      | Alcalina       |
| Densidade . . . . .                | 1.014         | 1.020         | 1.011          |
| Modo de excoamento                 | Intermittente | Intermittente | Intermittente  |
| Particulas em suspensão . . . . .  | Raras         | Rarissimas    | Numerosas      |
| Viscosidade . . . . .              | ++            | ++++          | +              |
| Quantidade . . . . .               | 24cc          | 20cc          | 40cc (10m)     |
| Sangue . . . . .                   | Negativo      | Negativo      | Negativo       |
| Albumina . . . . .                 | Negativo      | Negativo      | Traços         |
| Cellulas epitheliaes . . . . .     | Raras         | Rarissimas    | Numerosas      |
| Muco . . . . .                     | Não contem    | Não contem    | Abundante      |
| Crystaes de cholesterina . . . . . | Não contem    | Raros         | Não contem     |



|   |            |            |                |
|---|------------|------------|----------------|
| Leucocyots . . . . .                          | Não contem | Não contem | Numerosíssimos |
| Hematias . . . . .                            | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Pigmentos de bilirubinato de calcio . . . . . | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Parasitas . . . . .                           | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Crystaes de oxalato de calcio . . . . .       | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Outros crystaes . . . . .                     | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Cylindros biliarios . . . . .                 | Não contem | Não contem | Não contem     |
| Outros elementos . . . . .                    | Não contem | Não contem | Não contem     |

Prova de Meltzer - Lyon, positiva.

Resposta vesicular, prompta (12m. após a excitação).

Os leucocyots encontrados na bile C achavam-se agrupados em meio de abundante muco (muco-pús).

Conclusões : Excoamento livre da bile através dos canaes choledoco, hepatico e cystico. Signaes de processo inflammatorio dos canaes biliarios intra-hepaticos. Ausencia de processo inflammatorio da vesicula biliaria e da mucosa duodenal. São Paulo, 15 de fevereiro de 1932. a) Dr. Cesario Mathias."

Estavamos, pois, diante de um quadro clinico que podia ser assim interpretado resumidamente : Doente portadora de colite, que lhe entretreve uma hepatite chronica, donde perturbações gastricas e posteriormente, por contiguidade, uma diaphragmíte manifestada por uma serie de contracções do musculo ao menor estimulo soffrido pelas terminações irritadas do phrenico, havendo sustação do phenomeno com a compressão dos ovarios, graças a um terreno hysterogeno.

Uma medicação hepatica por via buccal e Cylotropina na veia não surtiram resultado e a doente definhava dia a dia, quando resolvemos provocar a paralyisia do diaphragma, afim de poder alimentar-a e insistir com a medicação.

Assim, em 31 de março de 1932, levamol-a ao Sanatorio Santa Catharina e praticámos a intervenção proposta (op. n.º 1651), auxiliado pelo dr. Nelson Rodrigues Netto. Anesthesia local por novocaina a 1/2 %. Fizemos em primeiro logar a exposição e alcoolização do phrenico esquerdo, após o que o palpar ao nivel do appendice xiphoide determinou o apparecimento immediato da serie de contracções do diaphragma. Fizemos, então, a secção do nervo. Novo estimulo e o phenomeno repetiu-se como se nada tivessemos feito para evital-o. Passámos logo para o lado direito e alli procedemos á phrenicotomia, sem previa alcoolização do nervo. Terminada a intervenção, o calcar sobre o appendice xiphoide ainda produziu a contracção do diaphragma. A doente retirou-se para casa e alli ainda experimentou duas crises, a ultima das quaes 3 horas e meia depois da operação. E desde ahi cessou o symptoma que a molestava havia já quatro longos meses. Durante tres dias sentiu dores irradiadas pelos hombros, mais á direita, ao fazer movimentos. Temperatura até 37.º5, nas primeiras 48 horas. Respiração boa, sem falta de ar, sem ansiedade, desde o momento da operação.

Em 14 de abril, 15 dias após a intervenção, calcando-se ao nivel do bordo anterior do trapezio direito, e ao nivel da secção do phrenico direito, produziam-se duas ou tres contracções fracas do diaphragma. Nada se verificava, porém, com a compressão ao nivel do appendice xiphoide e da zona operada do lado esquerdo, onde fôra feita a alcoolização. A doente já podia alimentar-se, mas, ou porque tivesse medo ou porque não desapparecia a inappetencia, muito vagarosamente é que recuperou as forças. Em 13 de agosto pesava ainda 39 kilos, tendo engordado apenas 3 kilos e meio : já se alimentava melhor, não tinha mais febre, as manchas da face já estavam mais esmaecidas, a pallidez desapparecera ; mas a cephaléa ainda persistia e as regras não tinham reaparecido ; o calcar nos pontos acima citados não produziam o menor reflexo.

Em 17 de abril de 1933, pesava 47 kilos, alimentava-se bem, menstruava-se regularmente cada 22 dias, durando quatro dias o incommodo, que vinha sem colicas nem outras perturbações dignas de nota. Em 1.º de junho de 1933, o peso subiu para 51 kilos e meio : havia engordado 16 kilos. Raramente apresentava perturbações gastricas. Não obstante o seu magnifico aspecto geral, recommendámos-lhe ainda uma certa dieta e medicação mais espaçada e intermitente.

A presente observação suscita uma serie de interessantes comentarios.

Em primeiro logar cumpre assignalar a singularidade da manifestação que dominava o quadro clinico da nossa doente. As contrações do diaphragma não provocavam propriamente um soluço — essa “contração subita e espasmodica do diaphragma, determinando um abalo das paredes abdominal e thoracica e acompanhando-se de um ruido rouco e inarticulado, causado pela contracção e vibração sonora dos labios da glote”, na definição de Eloy apontada por Macê de Lepinay (29), que pitorescamente o classifica, do ponto de vista physiologico, como “o grito de angustia do nervo phrenico”. Em nosso caso as contrações vinham em serie de 12 a 15, uma cada segundo, e eram muito mais violentas, produzindo um ruido de tosse. O soluço incoercivel obedece a um rythmo quasi certo, com uma determinada frequencia, succedendo-se sem phases de interrupção. Em nosso caso, as series sobreviviam a um estimulo mecanico, quer externo, pela compressão ao nivel do appendice xiphoide, quer interno, pela repleição gastrica post-prandial. Quando o estomago estava vasio e não se exercia pressão externa, o diaphragma repousava. Si a hepatite é tida como causa de soluço, sem duvida por propagação da inflamação ao diaphragma, porque em nosso caso não se installou o quadro classico do soluço incoercivel? Teria influido, para isso, o terreno hysterogeno da nossa doente? E’ possivel.

Quanto á cirurgia era o recurso auxiliar que restava, ante a gravidade do caso e a fallencia da medicação instituida para combater a infecção. No soluço persistente, a cirurgia do phrenico tem sido executada com exito por muitos autores. Valdés Lambea (27) registou dois successos. Bérard (30) aconselha fazer-se a phrenicotomia e mesmo a phrenicectomia. Entre nós, em 1930, Heitor Maurano (30) colheu resultado com a alcoolização, justificando o seu modo de agir com as seguintes palavras: “Tres motivos ponderaveis nos animavam a essa neurotomia chimica: primeiro, o facto, já comprovado, de ser o alcool um bom agente de degeneração das fibras nervosas e, consequentemente, de aniquilamento de sua função, á semelhança de uma secção troncular; segundo, o character temporario dos seus effeitos, permitindo dest’arte, a regeneração nervosa ulterior; e, por ultimo, a contra-indicação de, no caso vertente de soluço, pôr em immobildade o diaphragma”. Quando o phenomeno não é intenso, torna-se sufficiente uma acção inhibitora passageira. Assim como a refrigeração dos phrenicos ao nivel do pescoço pode fazer sustar um soluço post-operatorio, assim tambem poudé Brunner (31) colher resultado com a exposição cirurgica de ambos os nervos e a sua novocainização, em um caso de soluço persistente após uma thoracoplastia. Segundo Charles Mayo (32), em um soluço datando de semanas, Egan indica a phrenoclasia; quando data de meses, o melhor será a phrenicectomia ou arrancamento do nervo; o esmagamento ou secção sómente á esquerda diminue a severidade mas não eli-

mina o soluço. Rantureau (33) procede á alcoolização, observa o seu effeito e depois, si tudo vae bem, faz a exerése. Na tuberculose pulmonar, Gonzalo Trumbull (34) aconselha sómente a alcoolização quando se opera em creança ou quando se trata de agir sobre lesões bilateraes. Como substitutiva da phrenicotomia, a alcoolização parece ter sido empregada a primeira vez por Cordey e Philardeau (35), em agosto de 1929, mas seu trabalho só foi publicado em 1931, na "Presse Médical" n. 15, enquanto que a publicação do trabalho acima referido de Heitor Maurano (30) foi feita em dezembro de 1930, nos "Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia". Lembrada por este ou por aquelle, o certo é que a alcoolização do nervo phrenico está entrando na pratica diaria. Morin (6) relatou 19 casos em que usou a alcoolização como tempo prévio, como operação de prova, seguida da phrenicectomia uma vez verificada a efficacia da paralyisia do diaphragma. Para facilitar a reintervenção, nos casos em que seja indicada, Winter (36) tatua o nervo com tinta ao praticar a alcoolização. Com os mesmos intuitos de verificar os effeitos da paralyisia do diaphragma, Hein (37) faz a anesthesia do phrenico e observa o seu doente sob o ponto de vista radiologico e clinico para depois decidir-se sobre a phrenicectomia.

Quanto á duração dos effeitos da alcoolização, é bastante discorda a opinião dos autores. Heitor Maurano (30) dá-lhe o prazo maximo de um mez, juizo firmado, parece-nos, com reduzido numero casos e, portanto, susceptivel de ser reformado. Do contrario, estaria em flagrante desacordo com as asserções de Larrain (38) e de Alberto Renzo e Hamilton Nelson (35), segundo as quaes a secção physiologica do nervo por alcoolização varia respectivamente de "3 meses a 2 annos" e de "algumas semanas a varios annos", "3 annos em média".

Em nosso caso pensámos a principio em só fazer a alcoolização e procurámos fazel-a á esquerda, porque a literatura consigna casos em que cessou o soluço apenas com a intervenção sobre esse lado. Mas a persistencia das contracções do diaphragma apesar de feita a alcoolização decidiu-nos a realizar a phrenicotomia, com o que tambem não teve sustação o phenomeno e então decidimos a immediata phrenicotomização de tambem o outro lado. Finda a operação, ainda depois de tres horas e meia a doente experimentou uma crise de contracções do diaphragma. Esse facto de não se ter manifestado immediatamente o effeito da secção dos nervos já foi observado por diversos autores. Procurando corrigir a chamada tosse emetizante dos tuberculosos pulmonares, Alónso Vial (9) observou que, em certos casos, ha durante algumas horas um augmento da tosse. Operando um caso de tique diaphragmatico postencephalitico, Skillern (39), verificou que a resecção de 2 cm. de nervo de um lado não produziu o menor effeito sobre a frequencia da respiração, que se contava por cerca de 200 por minuto; entretanto, logo que foi cortado o nervo do outro lado, essa cifra cahiu para 38 por minuto e 4 horas depois

de terminado o acto cirurgico chegava a 20 por minuto. Em um caso semelhante, Dawman (13) nenhum effeito obteve ao sectionar o phrenico direito, mas a seguir produziu a congelação do phrenico esquerdo por chlorethyla e notou immediatamente a queda da frequencia respiratoria de 130 para 20 por minuto; houve, porém, recidiva, que só cedeu com a secção do phrenico esquerdo. Esses factos provam que andámos bem realizando em nosso caso a phrenicotomia bilateral em um só tempo. Uma tal intervenção não offerece gravidade. Para Sauerbruch (2) "a phrenicotomia dupla não exerce influencia consideravel sobre a respiração, o estado geral e a capacidade funcional do individuo". Valdés Lambea (27) diz textualmente: "a phrenicectomy bilateral é, segundo a experiencia de varios autores e a minha propria, praticavel, toleravel e recommendavel em muitos casos". Fazendo um estudo da acção da phrenicectomy sobre as trocas respiratorias, Mario Brea e Roberto Ferrari (40) concluem que a paralysis do diaphragma traz alterações de pequena intensidade na função respiratoria, com tendencia a uma compensação quasi total. Para Florencio Boneo (31), o facto de se ter empregado a phrenicectomy dupla na tuberculose bilateral attesta "a sua benignidade immediata e uma enorme tolerancia do pulmão". Não se fazia, naturalmente, esse juizo da phrenicotomia bilateral quando ella foi praticada pela primeira vez, sob a premencia das circumstancias: tratava-se de um caso de contracção espasmodica do diaphragma no decurso de um tetano e a relaxação do musculo se impunha sob pena de morte por asphyxia. Coube a Jehn (31) realizar esse feito e salvar a vida do doente á custa de uma respiração artificial prolongada. Schumann (22) operou em identicas circumstancias e Lehman (31) apresentou um novo caso. Animados com os resultados desses autores, Brunner, Kroh, Sauerbruch e Baer (22) applicaram a phrenicotomia dupla no tratamento da tuberculose e perdeu-se o medo dos operadores por essa intervenção.

\* \* \*

Passemos agora ao segundo caso por nós observado de cirurgia do phrenico fóra da tuberculose:

CASO N.º 2 — J. P. T., 40 annos, casado, brasileiro, branco, guarda trem, residente nesta capital. Sua historia clinica resume-se no seguinte: a cerca de 5 annos, ao pular para uma locomotiva, sentiu forte dor no epigastrio, em um ponto da linha mediana onde logo notou o apparecimento de um pequeno tumor, que veio crescendo vagarosamente e que sempre o incommodou em virtude das dores que provocava ao fazer qualquer esforço. Queixava-se tambem de má digestão, plenitude gastrica post-prandial, perturbações que imputava como decorrentes do tumorzinho. Este era sub-cutaneo, fixo aos planos profundos, ligeiramente doloroso á pressão; media 4x3cm. e estava localizado mais ou menos no meio da linha xipho-umbilical. Tratava-se de um individuo alto, de complexão robusta, pesando cerca de 100 kilos. Com o diagnostico de hernia gordurosa do epigastrio, levámos o doente á mesa operatoria em 16 de novembro de 1931.



Fig. 1

A eventração vista de face.

sabia dizer se provinha de enjoos e dores vagas e continuas que lhe atacavam o ventre ou se do seu estado de espirito. O certo é que a eventração tinha ganhado vulto, tomando toda a larga incisão que havíamos praticado para reduzir a pequena hernia. Os musculos grandes rectos do abdomen se haviam afastado consideravelmente, de maneira a formar-se um circulo de menor resistencia com um diametro de cerca de 12 cm.

No intuito de favorecer a redução da hernia, resolvemos fazer uma previa phrenicectomia direita, que accarretaria a elevação do figado e consequente diminuição da pressão intraabdominal. Essa intervenção (op. n.º 1832) foi realizada na Beneficencia Portuguesa a 1.º de agosto de 1932. Auxiliado pelo dr. Nelson Rodrigues Netto e sob anesthesia local, procedemos á retirada de 10 cm. do phrenico direito e á alcoolização do seu coto proximal. O doente foi collocado no leito em posição de ligeiro Trendelenburg, com uma cinta apertando o ventre. Do resultado da phrenicectomia informam as photographias junto, onde está assignalada a altura do figado, antes, logo após e 9 dias depois da operação.

Nove dias depois realizámos a intervenção principal (op. n.º 1845) sob rache-anesthesia por Scurocaina, auxiliado ainda pelo dr. Nelson Rodrigues Netto. Fizemos a reconstituição aproveitando os tecidos fibrosos do anel da eventração, sem dissecar os musculos. Com tres planos de sutura continua e usando o catepute chromado, fechámos a brecha existente, cerrando a pelle e tecido celular subcutaneo com pontos separados de crina e agrafes. Na parte mediana da costura formou-se um hematoma superficial, o que deu em resultado abrir-se a ferida em uma extensão de 4 cm., alli se processando a cicatrização por granulação. Apesar dessa complicação, a cura foi completa e persistia 14 meses após a operação.

No presente caso a phrenicectomia foi um recurso auxiliar de grande valia. Difficilmente poderíamos conseguir a approximação dos musculos e a superposição de suturas garantidoras da reconsti-

A intervenção (op. n.º 1472), realizamol-a na Beneficencia Portuguesa, auxiliado pelo dr. Nelson Rodrigues Netto. Anesthesia local com novocaina a 1 %. Incisão vertical larga, isolamento do pelotão gorduroso herniado, incisão da linha branca e abertura da cavidade peritoneal. Reseccada a gordura herniada, foi feita a reconstituição da parede em quatro planos de sutura: 1, do peritoneo, continua, a pontos muito proximos; 2, da aponevrose, continua, com catepute chromado; 3, ainda da aponevrose, continua, invaginando a sutura anterior; e 4, da pelle e tecido celular subcutaneo, com agrafes e pontos separados de crina. O periodo post-operatorio foi accidentado: congestão pulmonar bilateral, febre, tosse, expectoração abundante; serosidade na ferida cirurgica, entretida durante varios dias, graças a um desenvolvido paniculo adiposo subcutaneo.

Dois meses mais tarde esboçava-se uma recidiva da hernia e pouco depois ella se patenteava com todos os seus caracteristicos, aggravando-se a situação do doente com o soffrimento moral decorrente da diminuição da sua effiencia de trabalho, com ameaças de perder o emprego. Sentia um desconforto que não



Fig. 2  
A eventração vista de frente.



Fig. 3  
O risco inferior mostra o limite da massísez hepática antes da phrenicectomia. O risco do meio, esse limite imediatamente após e o risco de cima 9 dias após a operação.

tução da parede si não tivessemos previamente diminuído a pressão intraabdominal. As margens da ferida não ficaram tão tensas e a cicatrização poudo fazer-se em melhores condições. Sobre o estado de espirito do doente também a intervenção prévia exerceu benéfica influencia, pois que elle se entregou á cirurgia certo de que desta vez uma nova eventração não sobreviria, confiante no expediente a que recorreu o operador.

Parece ter sido Estanslau Uranga (41) o primeiro a usar a phrenicectomia como operação preparatoria da cura cirurgica de certas hernias abdominaes. Em março de 1932, esse autor publicou um trabalho em que ao relatar um caso pessoal aconselha "a phrenicectomia como primeiro tempo operatorio das hernias gigantes e irreductiveis pelo tamanho ou em que, pela antiguidade, possa temer-se uma intolerancia do conteúdo herniario na cavidade". Posteriormente, esse autor (25) levou o seu caso ao 3.º Congresso de Cirurgia Reparadora, Plastica e Esthetica, salientando as vantagens de tal processo.

Sendo relativamente communs as grandes hernias abdominaes de reducção cirurgica difficil, parece-nos digna de maior divulgação mais esta indicação da cirurgia do phrenico, tanto mais que ella, em regra, não offerece difficuldades de execução. Neste nosso caso,



apesar de se tratar de um individuo bastante gordo, a operação foi facilmente realizada. Cumpre-nos registrar que sómente de uma feita tivemos difficuldade em encontrar o phrenico: foi num caso de tuberculose pulmonar direita, em que havia intensa reacção ganglionar e fibrosa ao nivel da porção cirurgica do phrenico ;chegando á face anterior do escaleno anterior, não viamos o nervo, não obstante cuidadosas e pacientes pesquisas; fomos afinal encontral-o na trama de adherencias em que se transformára o tecido adiposo preescalenico; a doente obteve optimo resultado, apesar de termos reseccado apenas cerca de 8 cm. do nervo, porque por duas vezes se rompeu ao tentarmos o arrancamento, devido sem duvida ás adherencias que mantinha com os tecidos inflammados da vizinhança; o exame histologico de um dos ganglios encontrados no campo operatorio revelou tratar-se de adenite catarrhal (catarrho descamativo dos seios lymphaticos), sem signaes de lesão tuberculosa.

Nos demais casos por nós operados, não encontrámos difficuldades de execução, não observámos accidentes operatorios e não registámos complicações post-operatorias dignas de menção. Temos usado incisões em geral de 1,5 a 2 cm., seja vertical, seja horizontal, cerrando-as por sutura intradermica. Procuramos nos approximar, assim, da incisão esthetica ideal, que Ricardo Finochietto e Oscar Vacarezza (42) puzeram em realce, apresentando uma estatistica de 59 casos, em que a incisão foi de 10 mm. em 36, de 8 e 9 mm. em 15 e de mais de 10 mm. em 8.

Sempre temos encontrado o nervo "na goteira do phrenico", denominação cirurgica que Ruy Doria (43) propõe por analogia com a goteira carotideana, estando esta junto ao bordo anterior e aquella junto ao bordo posterior do terço inferior do esterno-cleido-mastoi-deu. E temos tido a sorte de não deparar com anomalias que difficultem ou tornem impossivel a operação. Entre nós já se têm verificado anomalias interessantes: Ruy Doria (43) registou um caso em que o nervo passava na face posterior do escaleno anterior; Ismael Guilherme (44) encontrou um caso semelhante; no Dispensario Clemente Ferreira (45) por provavel anomalia não foi encontrado o nervo em 3 dos 38 casos alli operado em 1932. Em 609 operações, Mario Radaelli (21) viu um caso de phrenico intramuscular e em 3 casos não conseguiu encontrar o nervo. Mourgue e Molines (46) observaram um phrenico que emergia das fibras do escaleno anterior, atravessando-o a 2 cm. acima da clavícula.

Quanto aos paraphrenicos, temos registado a sua presença com relativa frequencia, de accordo, portanto, com a conclusão de Renato Locchi (47) de que, entre nós, elles incidem em 71% dos casos. Quando se procede á phrenicectomia, não é necessario procural-os: si a extirpação do nervo excede de 12 cm. pode-se ter a segurança de que foram rotas as suas relações com o tronco do systema phrenico-paraphrenico, pois o nervo "recebe todos os eventuaes paraphrenicos no maximo a 12 cm. do ponto ou região cirurgica" (47). Nos casos de



simples phrenicotomia, então convem procural-os para garantia do exito cirurgico.

Tambem não temos experimentado difficuldades em reconhecer o phrenico. Os signaes classicos sempre nos têm orientado. A elles pode-se accrescentar o signal da oscillação respiratoria do phrenico: "esticando o nervo, elle oscilla com os movimentos do diaphragma", como bem focaliza Ruy Doria (43).

Em summa, a nossa pratica autoriza-nos a considerar a cirurgia do phrenico como susceptivel de ser empregada sem as apprehensões que despertou nos primeiros tempos.

Endereço: Caixa 1.574, S. Paulo.

### CITAÇÕES

- 1 — VALOIS SOUTO - *Considerações em torno de algumas phrenicectomias* - "Folha Medica", Rio, XIII, 397, 15 de dezembro de 1932.
- 2 — F. SAUERBRUCH - *Cirurgia del Tórax* - Edição espanhola da Editorial Labor, Barcelona, 1926.
- 3 — C. STUERTZ - *Kunstlich Zwerchfellahmung bei chronischer, einseitiger Lungentuberkulose* - "Deutsche medizinische Wochenschrift", Leipzig, XXXVIII, 2224, 1911 - citado pelos autores.
- 4 — COLMERS - *Estado actual da cirurgia do phrenico e do sympathico* - resumo de "Deutsche medizinische Wochenschrift", Leipzig, LI, 2143, 1925, em "Jornal dos Clinicos", Rio, VII, 89, 30 de março de 1926.
- 5 — P. CLAIRMONT, O. WINTERSTEIN e A. DIMTZA - *Die Chirurgie der Tuberkulose* - Karger, Berlin, 1931.
- 6 — J. MORIN - *Oléothorax et phrénicectomia* - "Schwizerische medizinische Wochenschrift", Basileia, LXII, 721, 6 de agosto de 1932.
- 7 — JOAQUIM ROBERTO DE CARVALHO PINTO - *A collapsoterapia cirurgica na tuberculose pulmonar* - These do Rio, 1931.
- 8 — LINCOLN FERREIRA FARIA - *Phrenicectomia* - These do Rio, 1930.
- 9 — OSCAR PERALTA, ARMANDO ALONSO VIAL e S. DIAZ - *Indicaciones de la frenicectomia* - "El Dia Médico", Buenos Aires, V, 948, 19 de junho de 1933.
- 10 — PEDRO CANTONNET - *La frenicectomia en la tuberculosis pulmonar del niño* - "La Semana Medica", Buenos Aires, XXXIX, 1187, 14 de abril de 1932.
- 11 — FERNANDO D. GÓMEZ - *Kyste hydatique du poumon, phrenicectomie, vomica et guérison rapide* - "Revista de la Tuberculosis del Uruguay", Montevideo, I, 212, maio de 1931.
- 12 — C. CAMBLE, PERRY PEPPER e G. MULLER - *Postencephalitic tic of the diaphragm (pulmonary overventilation and relief by blockade of phrenic nerves)* - "The Journal of the American Medical Association", Chicago, LXXXV, 1485, 7 de novembro de 1925.
- 13 — C. DOWMAN - *Relief of diaphragmatic tic following encephalitis, by section of phrenic nerves* - "The Journal of American Medical Association", Chicago, LXXXVIII, 81, 8 de janeiro de 1927.
- 14 — IVANISSEVITCH, PRINI e FERRARI - *La frenicotomia en el tratamiento de las cavidades supurantes supradiafragmaticas* - "La Semana Médica", Buenos Aires, XXXV, 1608, 6 de dezembro de 1928.
- 15 — STUART W. HARRINGTON - *Phrenicotomy in the treatment of diaphragmatic hernia and tumors of the chest wall* - Collected Papers of the "Mayo Clinic", Saunders, Philadelphia, XX, 842, 1928.
- 16 — STUART W. HARRINGTON - *Diaphragmatic hernia associated with traumatic gastric erosion and ulcer* - Collected Papers of the "Mayo Clinic", Saunders, Philadelphia, XXI, 790, 1929.

- 17 — W. GOLDSCHMIDT — *Phrenicectomy in pathologic pneumothorax* — "Wiener klinik Wochenschrift", Vienna, XLIV, 41, 9 de outubro de 1931 — resumo em Graham — "General Surgery", The Year Book Publishers, Chicago, 1932.
- 18 — F. MARTIN LAGOS — *Tratamiento quirúrgico de los procesos supurados no tuberculosos de pulmon* — "Revista Española de Medicina y Cirugía", Barcelona, XV, 408, agosto de 1932.
- 19 — EMILIANO EIZAGUIRRE — *Tratamiento quirúrgico de las supuraciones pulmonares no tuberculosas* — "Revista de Cirugía de Barcelona", III, 493, maio-junho de 1932.
- 20 — CASTILLO DE LUCAS — *Un caso de frenicectomia en un niño de 23 meses* — "Revista de Cirugía de Barcelona", III, 559, maio-junho de 1932.
- 21 — MARIO RADAELLI — *Sobre el mecanismo de la acción de la cura quirúrgica en la tuberculosis pulmonar* — "Revista della Tuberculosis", novembro de 1930 — resumo em Archivos de Tisiologia, Buenos Aires, VIII, 539, janeiro-março de 1932.
- 22 — A. VILLACIAN — *Algumas consideraciones deducidas de nuestra práctica sobre la frenicectomia* — "Revista Española de Medicina y Cirugía", Barcelona, XV, 234, maio de 1932.
- 23 — TEODOMIRO E. VARGAS — *La frénico-exéresis en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar* — "La Crónica Médica", Lima, XLIX, 224, agosto de 1932.
- 24 — ERNESTO SERIGOS — *Una terapéutica fisiologica de la ptosis del estomago por la frenicectomia* — "Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", XVI, sessão de 11 de maio de 1932.
- 25 — ESTANISLAO L'UESMA URANGA — *Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique des hernies géantes* — III Congrès de Chirurgie Réparatrice, Plastique, et Esthétique Paris, 7 e 8 de outubro de 1932.
- 26 — LENORMANT e LERICHE — *Cirurgia do coração* — "Journal de Chirurgie", XL, outubro de 1932 — resumo em "Publicações Médicas", S. Paulo, IV, 37, abril de 1933.
- 27 — VALDÉS LAMBEA — *La frenicectomia en el momento presente en el tratamiento de los procesos bronchopulmonares* — "La Prensa Médica Argentina", Buenos Aires, XX, 1, 4 de janeiro de 1933.
- 28 — A. FRANCAVIGLIA — *Modificazioni elettrocardiografiche consecutive a fr nic-coexeresi* — "Cuore e Circolazione", Roma, XVI, 547, novembro de 1932.
- 29 — ARNALDO MARQUES e RUY DO REGO BARROS — *Em torno de um caso de soluço incoercível* — "Revista Médica de Pernambuco", Recife, II, 10, janeiro de 1932.
- 30 — HEITOR MAURANO — *Alcoolização dos nervos phrenicos no soluço incoercível* — Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia", São Paulo, XXI, 363, dezembro de 1930.
- 31 — FLORENCIO ETCHEVERRY BONEO — *Contribución al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar* — "La Semana Médica", Buenos Aires", XXXIX, 337, 4 de fevereiro de 1932.
- 32 — CHARLES W. MAYO — *Soluço* — transcrição de "Surgery, Gynecology and Obstetrics", de dezembro de 1932 em "Brasil Médico", Rio, XLVII, 501, 15 de julho de 1933.
- 33 — L. RANTUREAU — *La colapsoterapia por alcoholización del nervio frénico en la tuberculosis pulmonar* — resumo do "Journal Médical de Leysin", XIII, janeiro de 1933, em "La Prensa Médica Argentina", XX, 1533, 16 de junho de 1933.
- 34 — GONZALO CORBALÁN TRUMBULL — *Colapsoterapia pulmonar mediante alcoolización del nervio frénico* — "Revista Médica Latino-Americana", XVII, 1382, julho de 1932.
- 35 — ALBERTO RENZO e HAMILTON NELSON — *Alcoolização do nervo phrenico na tuberculose pulmonar* — "Revista Brasileira de Tuberculose", Rio, I, 20, novembro de 1932.

- 36 — L. DE WINTER — *De la phrénicectomie à la phréno-alcoolisation* — “Revue Belge des Sciences Médicales”, Bruxellas, IV, 698, dezembro de 1932.
- 37 — J. HEIN — *Anesthesia of phrenic nerv as test operation* — “Deutsch medizinische Wechenschrift”, LVIII, 2,028, 23 de dezembro de 1932 — resumo em “The Journal of the American Medical Association”, Chicago, C, 703, 4 de março de 1933.
- 38 — RAUL MATTO LARRAIN — *Alcoolisation du nerf phrénique* — resumo da “Revista Chilena de Pediatria”, III, 322, agosto de 1932, em “Révue Sud Americaine de Médecine et de Chirurgie”, Paris, IV, 232, março de 1933.
- 39 — P. G. SKILLERN — *Tic of diaphragm (postencephalitic) relieved by resection of phrenic nerves* — “The Journal of the American Medical Association”, Chicago, XCVI, 2,098, 20 de junho de 1931.
- 40 — MARIO M. BREA e ROBERTO C. FERRARI — *Contribución la estudio de la acción de la frenicectomia sobre el recambio respiratorio* — “La Semana Médica”, Buenos Aires, XL, 1,826, 1.º de junho de 1933.
- 41 — ESTANISLAO LLUESMA URANGA — *Hernias y terrenos de déficit; consideraciones sobre un primer caso de frenicectomia en el tratamiento de las hernias gigantes* — “Revista de Cirugia de Barcelona”, III, 272, março de 1932.
- 42 — RICARDO FINOCHIETTO e OSCAR VACCAREZZA — *La frenicectomia estética* — “Revista de la Asociación Médica Argentina”, Buenos Aires, XLVI, 214, novembro de 1932.
- 43 — RUY DORIA — *Sobre uma anomalia do nervo phrenico* — “Boletim Medico de São José dos Campos”, I, 2, maio de 1933.
- 44 — ISMAEL GUILHERME — *Phrenicectomia; uma das suas indicações* — “Revista Paulista de Therapeutica”, S. Paulo, I, 19, julho de 1933.
- 45 — CLEMENTE FERREIRA — *Relatorio da Liga Paulista Contra a Tuberculose, 1932*, 61, S. Paulo, 1933.
- 46 — MOURGUE-MOLINES — *Un cas d'anomalie du nerf phrénique* — “L'Art Médical”, Nice, X, 4, 15 de Maio de 1933.
- 47 — RENATO LOCCHI — *Sobre a anatomia dos nervos phrenicos e para-phrenicos* — “Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo”, VIII, 3, 1932.

## RAIOS X

**Dr. S. Vieira Franco**

*Radiologista pelo Instituto Holzknecht de Vienna*  
Radiographias a domicilio. Radio diagnostico e radiotherapia

Praça Ramos de Azevedo, 16  
Predio Gloria — 6.º andar

Telephones: Cons.: 4-2544 — Resid. 4-2191  
São Paulo

## FERRO QUEVENNE

Para ANEMIA, CHLOROSE, DEBILIDADE. — Aprovado pela ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIZ. — O mais activo e economico, o unico FERRO INALTERAVEL nos paises quentes — Exigir o VERDADEIRO, com o SELLO AZUL da “Union des Fabricants. — 14, Rue des Beaux-Arts — PARIS.

# NEVROCYTO

SEDATIVO



PRODUCTOS  
I.P.P.E.  
SÃO PAULO

## REUNIÕES SCIENTIFICAS

*Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*

SESSÃO DE 1 DE JUNHO

Presidente : DR. AYRES NETTO

**Sobre ulcera experimental do jejuno obtida pelo methodo das derivações** — DRS. A. BERNARDES DE OLIVEIRA e ARMANDO STRAZZACAPPA. — Os AA. apresentam os resultados a que, no momento chegaram com suas experiencias de produção de ulceras jejunaes em cães pelo methodo das derivações.

Relatam os protocollos de suas experiencias e os resultados positi-

vos a que chegaram em dois animaes que sobreviveram, respectivamente 37 e 21 dias. As ulceras obtidas eram macro e microscopicamente do typo chronico. Em seguida tecem os AA. commentarios criticos acerca do assumpto, terminando por considerar taes pesquisas como de alto interesse theorico e pratico. R. Locchi.

SESSÃO DE 15 DE JUNHO

Presidente : DR. AYRES NETTO.

**Metabolismo dos glucidios e systema reticulo-endothelial** — PROF. HELION POVOA. — O A., em resumo, disse que dedica a sua palestra á memoria do prof. Miguel Couto, como modesta homenagem á figura do sabio desaparecido tão recentemente.

O autor se referiu a uma serie de experiencias em animaes de laboratorio, feitas sob a direcção de Mario Pinheiro, no Instituto de Neurobiologia, como contribuição a uma these ousada de Pedro Escudeiro, divul-

gada em 1932. Segundo o mestre argentino, a suppressão do pancreas em animaes adequados, feita sob determinadas e especiaes cautelas, nem sempre reproduz o quadro mortal de um diabete grave, de accordo com a experiencia fundamental de Von Mering e Minkowsky e Dominici. Escudero opina que o hormonio indispensavel aos carbohydratos será no caso elaborado por outro tecido que não o insular : o tecido reticulo-endothelial esparso por todo o organismo. A delicadeza do as-

**SATIVAN**

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

sumpto e a sua importancia solicitam investigações repetidas afim de ser possivel uma conclusão segura, ainda excitante no torvelinho das opiniões contraditorias. Procura contribuir para o devido esclarecimento da questão pelo methodo sangrento das extirpações experimentaes do pancreas pela technica de Escudero e deprimindo ou exaltando o S. R. E., pela technica do bloqueio. E' só os resultados do segundo determinismo

que traz ao juizo dos collegas de São Paulo. As suas verificações sobre a glycemia em jejum e as relativas ás curvas da prova de hyperglycemia experimental, pela introdução de glycose são favoraveis á admissão de uma evidente participação do importante systema cellular no metabolismo daquellas substancias que têm no pancreas endocrino o orgam primordial do seu complexo cyclo metabolico. — R. Locchi.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE ABRIL

Presidente : DR. ALÍPIO CORREA NETO.

### Perfuração espontanea de um megacolon, peritonite e morte.

**Autopsia** — DR. ALÍPIO CORREA NETO. — O A. relata o caso de um doente de megasophago que soffria accentuada dysphagia ha 10 annos. Nos ultimos meses esse doente começou a soffrer prisão de ventre, passando até 10 dias sem evacuar. O exame physico mostra enorme fecaloma, que enche a bacia e, em cima, perde-se debaixo dos rebordos costaes.

A radiographia mostra um megasophago de grande calibre, com esta-se radiologica accentuada, tambem um colon pelvico de proporções gigantes, enchendo quase toda a cavidade abdominal.

O megasophago foi tratado com successo pelo dilatador hydrostatico de Russel. Depois disso ficou o paciente em observação, tomando oleo de oliva, afim de tentar a expulsão do fecaloma.

A 6 de janeiro sentiu dores mais fortes no abdomen, febre e a 7 veio a fallecer.

A autopsia identificou uma perfuração situada a cerca de 30 cms. do anus, e consequente peritonite. O exame anatomo-pathologico demonstrou tratar-se de colite diphterica. O processo anatomo-pathologico tendia francamente para a necrose de todas as camadas do orgão.

O A. projecta radiographias para demonstrar o diagnostico e microphotographias para illustrar as alterações anatomo-pathologicas.

As perfurações espontaneas do colon são quasi sempre devidas a ulcera typhica ou ulcera simples deste orgão. O A. faz uma revista da literatura, citando varios exemplos de perfuração do colon e assignala a raridade desta occorrença num caso de megacolon.

**Discussão.** — O Dr. Mario Ottonbrini assignala a raridade da occorrença e traz ao conhecimento da casa um caso de obstrução intestinal parcial tratado por um clyster que provocou expulsão violenta de uma grande quantidade de fezes, tendo o doente morrido 24 horas depois do enema e a autopsia verificado perfuração com area de um nikel de 100 reis entre o sigma e a ampola rectal. Relata um outro caso de megacolon do conhecimento do dr. Pedatella em que houve ruptura do grosso intestino, por occasião de um clyster opaco diante dum "cran" radiologico. A morte deu-se dentro de poucas horas.

O dr. Eurico Branco Ribeiro estranha a rapidez da morte nos casos referidos na presente sessão. Acha que estão em contradicção com os casos de diverticulos suppurados e rotos, com os de perfurações por espinha

de peixe e mesmo com os de ulcerações typhicas perforantes, pois em todos esses casos ou o peritoneo vence a infecção ou a morte se processa dentro de alguns dias.

O dr. Alipio Correa Netto chama a atenção para os casos referidos pelo dr. Ottobri, principalmente o de ruptura no exame radiologico, facto já assinalado por outros autores e que vem provar que as refeições opacas quer em clyster quer por ingestão, podem provocar accidentes serios. Refere um caso de ulcera duodenal perfurada pouco depois de um exame radioscopico. Está de accordo com o dr. Eurico Branco Ribeiro sobre a complexidade do quadro symptomatico e o decurso atypico das perfurações. No caso que trouxe para discussão o diagnostico "intra-vitam" foi impossivel e por isso o recurso cirurgico não poude ser applicado. Aliás, seria elle de muito duvidoso resultado.

**Accidentes no descolamento duodenal no decurso da gastrectomia** — DR. PIRAGIBE NOGUEIRA. — O A. faz considerações sobre os casos de ulceras duodenales chronicas contrahindo fortes adherencias com a cabeça do pancreas ou nella se perfurando, encarecendo os bons resultados da extirpação da ulcera.

Assignala a possibilidade das adherencias repuxarem para junto da parente duodenal o choledoco. Commenta a raridade dos casos de lesão do choledoco no decurso da gastrectomia no serviço do prof. B. Montenegro em numero de 4 para 1.000 intervenções, approximadamente.

Foram reparados com successo por anastomoses bileo-digestivas em 3 casos e por anastomoses termino-terminal do choledoco uma vez. Em 2 casos o choledoco retro-duodenal descrevia um angulo com vertice anterior, sendo esse vertice embutido na base da ulcera.

Houve um unico caso de lesão do Wirsung, o que provocou lyse do pancreas verificada em autopsia. O canal fóra provavelmente encarcerado numa sutura de protecção do coto duodenal e tratava-se de um caso de ulcera penetrante da cabeça

do pancreas e localizada em nivel baixo. Fez-se a thermo-cauterização da zona que correspondia ao fundo da ulcera.

Trabalhos experimentaes sobre cães provaram que a thermo-cauterização é bem supportada e que a ligadura dos dois ductos pancreaticos provoca a necrose aguda do pancreas com decurso semelhante ao que foi clinicamente observado.

Finalizando, apresenta o exame de um dos doentes que soffreram anastomose bileo-digestiva (caso de cholecysto-duodeno-anastomose), demonstrando pelo exame radiologico a ausencia de refluxo seis meses apos a intervenção.

Neste doente o exame da bile jejunal demonstrou uma inflammiação das vias biliares, de fraca intensidade, a qual até hoje não influenciou o estado geral, que é bom.

Discussão. — O dr. Mario Ottobri commenta a technica das ulceras penetrantes da cabeça do pancreas. O rumo a seguir seria a technica de Finsterer: desprezar a ulcera, mas fazer a resecção do antro. Tentar a extirpação da ulcera nestes caso é fazer acrobacia (sic).

O dr. Eurico Branco Ribeiro diz que por varias vezes teve oportunidade de reseccar ulceras e perfurantes da cabeça do pancreas. Não faz uso do thermo-cauterio nas ulceras da parede posterior do duodeno quando encontra a cabeça do pancreas interessada pela ulcera. Lança mão da tintura de iodo. Tece elogios aos trabalhos experimentaes sobre thermo-cauterização feitos pelo dr. Piragibe e diz que na Sociedade de Medicina de Buenos Aires, ha 3 meses, o quesito relativo ao comportamento do cirurgião nas ulceras duodenales perfurantes da cabeça do pancreas despertou larga discussão, havendo muitos adeptos da não excisão da ulcera.

O dr. Souza Nazareth relata um caso de secção do choledoco, no qual foi feito a cholecysto-duodeno-anastomose e neste doente appareceu mais tarde a infecção que foi, entretanto, vencida por meios medicamentosos. Commenta a frequencia das angiocholites ascendentes, ressaltando o periodo de latencia apontado por Mallet-Guy.



O Dr. Alipio Correa Neto reconhece as dificuldades da extirpação das úlceras penetrantes do pâncreas, mas reconhece também os melhores resultados da extirpação. Por isso tem resecado a úlcera. Teve um caso de secção do choledeco no qual fez anastomose-terminal, vindo o doente a fallecer. Apesar dos perigos continua resecando. Já lhe occorreu operar uma úlcera pouco acima da ampola de Vater e outras abaixo. Em ambas usou o critério de Finsterer, isto é, o de abandonar a úlcera quando a intimidade entre ella e o choledeco é grande. Comenta o procedimento de Ilaiovitz que associa a technica de Haberer ao critério de Finsterer.

O dr. Piragibe Nogueira responde ao Dr. Ottobriani, que não traz a casa a sua experiencia sobre úlceras penetrantes da cabeça do pâncreas por ser pequena. Acha que as úlceras chronicas da parede posterior do bulbo duodenal de um modo geral contraem intimas relações com o pâncreas e são na maioria perfuradas em tecido pancreatico. E' preciso não confundir situações, applicando nesses casos o critério de Finsterer, o qual julga reservado para os casos em que a posição baixa da úlcera de um lado, e a presença do choledeco na zona juxtaulcerosa do outro, tornam impossivel a resecção da úlcera sem lesão certa do choledeco ou mesmo do Wirsung. Trouxe á casa os resultados do prof. B. Montenegro, que teve 4 accidentes em quasi mil intervenções. Somente um dos 4 casos deixou de ter correção satisfactoria. Levando em consideração a frequencia com que são operadas pelo prof. Montenegro as úlceras chronicas da parede posterior do bulbo, perfurantes da cabeça do pâncreas, julga que 4 accidentes provam raridade e foi mesmo a raridade que o levou a communicar o assumpto. Accentua os beneficios da extirpação da úlcera sempre conduzida por segura experiencia da cirurgia gastro-duodenal e conhecimento estereoscopico, por assim dizer, das relações entre duodeno, pâncreas e choledeco.

Agradece ao dr. Eurico Branco Ribeiro as suas palavras de estímulo, mas pede licença para lembrar que

o prof. B. Montenegro já provara com casos operados que a thermocauterização prudente da cratera da cabeça do pâncreas não offerece perigo. Acha louvavel a prudencia de se limitar o cirurgião á tintura de iodo e desde que os resultados são bons o processo deve ser seguido. Quanto ao critério de se deixar as úlceras baixas e penetrantes do pâncreas e envolventes do choledeco, acha acertado, uma vez que a dissecação deixa patente a impossibilidade da extirpação. Está de inteiro accordo com as ponderações do dr. Nazareth, pois as anastomoses bileo-digestivas criam um estado de equilibrio instavel no tocante á integridade das vias biliares.

Agradece ao dr. Alipio Correa Netto os commentarios que vieram corroborar e melhor focalizar as asserções que fez.

#### **Contribuição ao tratamento da parestia intestinal post-operatoria**

— DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. refere-se ao tanaceto que já de ha bastante tempo se vem empregando em S. Paulo, contra a parestia intestinal e mesmo contra o ileus paralytico. Vem empregando o tanaceto com bons resultados e o seu assistente Dr. Nelson Rodrigues Netto a seu conselho fez these sobre o assumpto. São os resultados a que chegou o dr. Nelson que o A. relata succintamente, commentando a baixa toxicidade do tanaceto, o augmento dos movimentos do intestino delgado e do estomago (cão) em amplitude e frequencia durante cerca de 2 horas. O tanaceto mstrouse inhibitor do peristaltismo. O experimentador conclue que a acção se faz sobre o systema nervoso central e consegue augmentar as contrações intestinaes e relaxar os esphincteres. O A. usa XXX gotas em 5 cc. de oleo de oliva, em injectão intra-muscular, dose que costuma provocar dentro de meia a duas horas expulsão de gases, as vezes eructações, o que alivia o enfermo, e sem as colicas que habitualmente produzem os outros medicamentos usados em taes casos.

Discussão. — O dr. Alipio Correa Netto diz ter observado que a acir

dose contribue para a distensão e pode, mesmo, ser a sua causa unica. Não tem experiencia com o tanacetato, mas acha que diante dos resultados que traz o dr. Eurico Branco Ribeiro, atravez a these do Dr. Nelson, o tanacetato deve passar a constituir mais uma arma no combate á paresia post-operatoria do intestino.

**Operação de Starr Judd** — DRS. DINO VANNUCI e MENOTI PAROLARI. — Os AA. descrevem a technica da operação de Judd. Creem que a reseccão parcial gastro-pyloro-duodenal, na continuidade seguindo a technica de Judd para o tratamento da ulcera duodenal, tem bases racionais. Responde ás 2 necessidades que os AA. julgam essenciaes numa intervenção por ulcera gastro-duodenal: supprime a lesão e restabelece o transito. Sendo a execução condicionada pela concorrencia de 3 factores (ulcera anterior, ausencia de adherencias e duodeno movel), só em alguns casos a operação é praticavel. Todavia, quando a operação de Judd é possivel a aconselham por sua pequena mortalidade, simplicidade, bons resultados e pequena porcentagem de recidiva.

**Discussão.** — O dr. Piragibe Nogueira diz não concordar com os A. nas considerações sobre meca-

nismo de fechamento e abertura do pyloro, porque trabalhos recentes tendem a demonstrar que não só a motricidade pylorica como a do bulbo duodenal estão em intima harmonia com ondas originadas no antro. Acentua que a habitual incisão mediana, assim chamada pelos autores, vae dia a dia perdendo terreno e quanto ás bases physiologicas da gastrectomia julga a operação de Judd equivalente á de Finney e ambas em desacordo com aquellas bases.

O dr. Alipio Correa Netto diz que o combate á theoria do mecanismo regulador do pyloro é geral. Leriche a reduziu á expressão mais simples, mas não construiu outra em substituição. Na verdade, o refluxo duodeno-gastrico não poudo ser até agora totalmente desconsiderado. Experimentou a operação de Finney em 6 casos. Prefere, porém, a gastrectomia ampla por retirar o antro, sempre doente e com lesões premonitórias da ulcera. Faz considerações sobre a lei de Baylis e Starling, dizendo que o seu criterio moderno é ou tende a ser o de uma onda de dilatação.

O dr. Menoti Parolari responde unicamente que acha que Judd melhorou a operação de Finney tornando-a mais completa. — Piragibe Nogueira.

## SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE MAIO

Presidente : DR. ADHERBAL TOLOSA

**Sobre um caso de siringomyelia. Dissociação cremasterica do 2.º tipo** — DR. ADHERBAL TOLOSA. — O A. descreve e apresenta um caso de siringomyelia submettido ao tratamento pelos raios X. Justifica o diagnostico differencial em relação á lepra, tendo sido negativos todos os exames de laboratorio, inclusive biopsias do nervo sciatico popliteu externo. Mostra como a syndrome sensitiva, as amyotrophias, a espasmocidade, o signal de Argyll-Robertson unilateral, e finalmente, as melhorias com o tratamento como, por exemplo, a cicatrização de um mal perfurante plantar que datava de 20 annos, todo esse conjunto levou-o

ao diagnostico de siringomyelia em periodo bastante avançado. Não havia nenhuma alteração dos nervos á palpação.

**Discussão.** — O Prof. Vampré exalta o valor do trabalho apresentado, referindo-se a outros casos de siringomyelia, de sua observação pessoal. Faz allusão, em seguida, á frequencia relativamente grande da siringomyelia entre nós.

O Dr. Mathias Roxo Nobre tece commentarios sobre a therapeutica que foi empregada (roentgentherapia profunda), sendo de opinião que, no caso em apreço, talvez não haja possibilidade de conseguir-se melhorias maiores do que as já obtidas,

por se tratar de uma evolução muito prolongada da molestia.

**Psamoma ethmoidal direito com propagação para a loja frontal esquerda e região infundibular. Operação parcial com exito** (com apresentação do doente) — Drs. H. MINDLIN, J. CALDEIRA e J. RIBEIRO DO VALLE. — Os AA. apresentam um doente com symptomatologia de tumor cerebral. As chapas radiographicas revelaram a presença de um tumor grande, calcificado, occupando o andar superior. Foi feita craniotomia preparatoria na região frontal, á direita, e uma semana depois procedeu-se á extirpação do tumor, para o que foi necessario amputar o polo frontal direito. O doente supportou perfeitamente a operação, cessando os vomitos, a dor de cabeça, etc.. O exame ocular posterior á intervenção revelou papiladema em regressão.

**Discussão.** — O Prof. Vampré felicita o Dr. Mindlin pelo seu trabalho salientando o fato de que elle não só diagnosticou, como operou o seu paciente. Observa, em seguida, que foi esta a primeira amputação do polo frontal praticada em São Paulo.

Dr. Carlos Gama fez notar que, apesar de se tratar de um tumor rela-

tivamente grande, o augmento de pressão do liquido cephalo-rachidiano era pequeno, procurando explicar as razões deste facto. Observou, em seguida, que a punção do ventriculo permitiu verificar a posição deste, substituindo a ventriculographia que não fôra feita. Disse ainda que, no caso em apreço, o aspeto das radiographias já offerecia elementos para que se pensasse num psamoma, ao lado do aspecto macroscopico, posição, tamanho, etc., do tumor, verificados na occasião do acto operatorio.

Dr. J. Ribeiro do Vale pede a palavra para lamentar que não se tenha guardado a peça que resultou da amputação do polo frontal, a qual poderia interessar grandemente ao estudo anatomo-pathologico. Foi este um descuido dos autores, do qual se penitenciam.

Dr. Mathias Roxo Nobre tece commentarios sobre a questão do tratamento radiotherapico post-operatorio, que foi praticado no caso em apreço.

Dr. Adherbal Tolosa refere-se á escolha do lado em que devia ser feita a intervenção, no paciente do Dr. Mindlin, mostrando as vantagens que decorreram de ter sido praticada á direita. — Fernando de Oliveira Bastos.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MAIO

Presidente : DR. MARIO MARGARIDO.

**Adenopathia tracheo-bronchica na infancia** — DR. JORGE QUEIROZ DE MORAES. — O A. apresenta uma criancinha de 6 mezes com uma adenopathia tracheo-bronchica tumoral. Tosse bitonal por compressão do recorrente direito, edema palpebral, esboço de circulação collateral no hemi-thorax esquerdo, typico ruído de "cornage" e Mantoux positivo. O doentinho foi examinado pelos médicos presentes.

O A. em seguida estuda as relações topographicas dos ganglios tracheo-bronchicos e realça a sua importancia.

Mostra os disturbios que os ganglios tracheo-bronchicos infartados

podem causar : compressão do pneumogastrico e dos recorrentes, compressão da trachea, dos bronchios e do esophago ; recalçamento do lobo superior do pulmão, á direita e á esquerda ; acção pathogenica sobre os filetes nervosos ; apparecimento do catarrho do hilo de Ranke.

O A. estuda com detalhe as difficuldades do diagnostico, commenta a divergencia de opinião entre os autores modernos, accentua a importancia capital do diagnostico precoce, devido ao prognostico severo dos diagnostics tardios. Conclue affirmando que com os signaes conhecidos de adenopathia tracheo-bron-

chica, uma anamnese cuidadosa, um exame geral minucioso, mais o auxilio do raio X e a reacção da tuberculina podemos fazer precocemente

e com relativa segurança o diagnostico da adenopathia tracheo-bronchica na infancia. — Jorge Queiroz de Moraes.

## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 11 DE MAIO

Presidente : DR. ALÍPIO CORREA NETTO

**Anastomose bileo-digestiva** — DR. CAETANO ZAMITTI MAMANA. — Na parte de comentarios usa da palavra o Dr. Caetano Zamitti Mamana, que expõe um caso de anastomose bileo-digestiva pelo processo tubular, por elle ideado. Trata-se de um caso de cholecystite calculosa, sendo verificado na intervenção um endurecimento difuso da cabeça do pancreas, suspeito como neoplasico. Praticou-se uma gastro-enteroanastomose e em seguida por uma cholecystostomia retiraram-se varios calculos. Fez-se a anastomose cholecysto-duodenal pelo processo tubular. A doente já foi reexaminada um mês e meio depois da intervenção, sendo bom o estado geral e radiographicamente constatou-se ausencia de refluxo. O autor justifica o processo relatando estudos experimentaes realisados em cães, em que tem empregado o processo tubulo-papilar.

**Via de Gutierrez para acesso ao humero** — DR. JOÃO DE LORENZO. — O A. commenta a relativa precariedade das differentes vias de acesso ao humero, considerando a externa como insufficiente, ainda que mais divulgada. Estuda as bases anatomicas da via anterior de Gutierrez, da qual expõe as 2 variedades: interpectoro-deltoides e transpeitoral. O acesso, tanto á metaphyse como ás epiphyses e mesmo ás articulações é mais facil, menos perigoso e mais anatomico. Documenta a comunicação com varios diapositivos de preparações anatomicas e traz á casa o optimo resultado conseguido num caso de osteomyelite chronica de todo o humero, em que usou a via de Gutierrez, variante interpectoro-deltoides.

Discussão. — O Dr. Alipio Correa Netto commenta a ampla visão que dá a via de Gutierrez e encarece

os bons resultados que se conseguem pela conducta do cirurgião em cingir-se á extirpação dosse questros, intervindo sómente depois que estes se delimitem.

**Granuloma lipophagico esteato-necrotico por traumatismo** — DRS. DINO VANNUCCI e CAIO C. MONTAGNANA. — Estudam os AA. um caso de granuloma lipophagico esteato-necrotico originado por injectões hipodermicas de estrychnina. Relacionam o caso em apreço com a rara lesão dos recém-nascidos assinalada em 1879 por Cruze e com os casos rarissimos de tumores granulomatosos benignos da mama e de outras partes do organismo, conhecidos desde 1898, graças a Lauz. Chamam a attenção para a necrose do tecido adiposo, que é lesão primitiva a uma reacção granulomatosa, caracterisada por gigantocytos de origem histiocytaria. Finalisam apontando a raridade da lesão e a sua importancia clinica, pois pode ser tomada por tumor maligno e conduzir a operações mutilantes; a biopsia revelando a natureza do tumor evita os possiveis erros therapeuticos, porquanto a lesão tende espontaneamente para a cura.

Discussão. — O Dr. Alipio Corrêa Netto acha que a comunicação focalisa a affecção para que não seja tomada por neoplasma e evidencia, ao mesmo tempo, o alcance pratico da biopsia.

O Dr. Dino Vannucci commenta a observação do ponto de vista histopathologico, encarando o problema da genese dos gigantocytos encontrados no granuloma. Aponta a possibilidade theorica dessas celulas derivarem do proprio tecido gorduroso, segundo a opinião de alguns autores.

**A anestesia rectal pela avertina nos casos avançados de tumor maligno — DR. A. PRUDENTE.**

— Tece o A. considerações de ordem pratica em torno de 36 casos de portadores de lesões tumorais avançadas, em que empregou a anestesia rectal pela avertina, detalhando o preparo pre-operatorio, que costuma realisar. A anestesia só não foi boa em 2 doentes, um por receber insufficiente dosagem e outro por ser alcoclatra. Quando fór indispensavel anestesia complementar aconselha o ether ou os gases. Teve poucos casos de perturbações respiratorias, usando contra elles o gaz carbonico e a coramina, esta principalmente para combater a baixa da pressão arterial e para activar a eliminação do anestesico.

Finalisando, encarece as vantagens da avertina nas intervenções sobre o pescoço e a cabeça, assim como para o uso do bisturi electrico.

Discussão. — O Dr. Dino Vannucci chama a attenção para a aggressividade dos halogenos. O bromo da avertina é por muitos temido como vulnerante sério da cellula hepatica, a exemplo do chloro do cloroformio e é até interessante registar o relativo antagonismo do chloroformio e avertina, que o Dr. Prudente relata, pois o doente quando respira as primeiras baforadas de chloroformio acorda rapidamente. Essas drogas têm, entretanto, apreciavel

parentesco molecular. Acha que a sobrecarga excessiva do figado no pre-operatorio com a ingestão de muito liquido não tem razoavel explicação.

O Dr. Sebastião Hermeto Junior lembra que em casos de accidentes respiratorios convem associar ao anhydrido carbonico a lobelina.

O Dr. Avelino Chaves mostra-se apologista da avertina e felicita o Dr. Prudente pela communicação que vem augmentar o numero de adeptos desse typo de anestesia. O Dr. Mario Ottobri aponta como defeito fundamental da avertina a falta de meios para combater a anestesia excessiva ou por dosagem forte ou condições inherentes ao dcente.

O Dr. Antonio Prudente responde ao Dr. Vannucci dizendo que fez commentarios eminentemente praticos sobre o emprego da avertina, deixando de lado a pharmaco-dynamica no tocante aos radicaes que se encontram na avertina; por isso acha que as considerações feitas pelo Dr. Vannucci vieram abrilhantar o seu trabalho. Ao Dr. Hermeto Junior diz que reconhece a lobelina como util. Usa a coramina endovenosa em dose de 5 cc. por auxiliar muito a eliminação da avertina. Concorde com o Dr. Ottobri no defeito que aponta, mas o manejo cuidadoso da dosagem pode tornar muito raro o accidente por carga excessiva. — Piragibe Nogueira.

## Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

### SESSÃO EM MAIO

Presidente : DR. CYRO REZENDE.

**Medição do estrabismo — DR. MOACYR E. ALVARO.** — O A. após evidenciar a necessidade da medição exacta do estrabismo, indispensavel ao tratamento, principalmente, no caso de intervenção cirurgica, passa em revista diversos methodos empregados para esse fim. Expõe a seguir o methodo de Pristley e Smith modificado por Holzer e Wilkinson, alte-

rado pelo A. que o tornou mais exacto. Apresenta o appparelho original por elle construido, descrevendo o sue modo de emprego.

**A região limbo-corneana estudada á lampada de fenda e em cortes histologicos — DR. A. BUSACCA.** — O A., communica os resultados de uma serie de observa-

ções, graças ás quaes conseguiu estabelecer que á formação em "palissada" descripta pela primeira vez por Vogt, por meio da lampada de fenda, é determinada pela presença de cristas papillares na região do limbo. Taes cristas têm orientação radial, apresentando ainda perto da base vasos recorrentes aos vasos con-

junctivae anteriores. Descreve depois alguns pormenores sobre a circulação sanguínea da zona do limbo. Baseado nas suas pesquisas, acredita dever-se distinguir duas partes nessa zona: a região em "palissada" e a de malhas terminaes. Finaliza o trabalho pormenorizando alguns detalhes sobre os caracteres de ambas.

## Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE MAIO

Presidente: DR. J. LEMOS MONTEIRO

**Contractura pela cumarina.** Acção da cumarina sobre a chronaxia — PROF. FRANKLIN DE MOURA CAMPOS. — Foi estudada a acção da cumarina, extrahida da "Coumarouma odorata", Aub., commummente conhecida pelos nomes de Fava Tonka, Fava da Índia, Fava de Cumaru, etc., sobre o tonus dos musculos esqueléticos e sobre a chronaxia dos elementos nervosos e musculares. Os resultados obtidos permitem attribuir aos musculos um papel saliente na questão da localisação da catalepsia cumarinica.

São as seguintes as conclusões: 1) A neo-cortex tem grande importancia na produção da catalepsia bulbocapnicina. 2) Dois factos experimentaes provam essa affirmativa: a) a ausencia de catalepsia quando injectada em animaes sem neo-cortex e a sua verificação nos animaes com neo-cortex desenvolvida; b) afastamentos particulares dos valores chronaximetricos de dois grupos musculares antagonistas. 3) A neo-cortex não parece ter importancia na produção da catalepsia cumarinica. Isso porque esta apparece em animaes sem neo-cortex, como os batracchios. 4) A cumarina age sobre os musculos esqueléticos augmentando o tonus, o tempo perdido das contracções isotonicas e deprimindo a amplitude. 5) A cumarina applicada directamente sobre o nervo sciatico, não alterou a sua chronaxia. 6) A cumarina applicada directamente sobre

musculos esqueléticos elevou de muito a sua chronaxia. 7) Injectada no sacco lymphatico de batracchios, a cumarina não alterou a chronaxia nervosa e elevou a muscular, curarizando, assim, a preparação neuromuscular. 8) Na resolução do problema da localisação da catalepsia cumarinica o elemento peripherico, muscular, não deve ser despresado.

**Considerações sobre a flora bacteriana da bile de cães normaes** — DRS. PAULO ARTIGAS e EDMUNDO VASCONCELLOS. — Pesquisando bacterias na bile de 13 cães, foram encontrados "Staphylococcus albus" em 3 amostras, e num caso, um bacillo Gran positivo; nas demais biles as sementeas permaneceram estereis.

Com a bile de cães que haviam sido submettidos a anastomose biliar digestiva, verificou-se uma abundante proliferação bacteriana.

**Duplicidade de Actinomyces em lesões actinomycoticas** — DR. FLORIANO DE ALMEIDA. — Examinando uma cultura de "Actinomyces" obtida de um caso de mycetoma actinomycotico do Joelho, verificou o A. a presença de dois typos diversos de colonias. Isoladas as culturas, apresentaram-se com o aspecto seguinte: Colonia A — Maltose — Coloração amarello-alaranjada; destaca-se facilmente do substracto; é



irregularmente pregueada. Nos meios líquidos forma uma pellicula semelhante á das culturas do "Mycobacterium tuberculosis", pellicula essa que cãe depois ao fundo e não turva os meios. Colonia B — Maltose — Secca, com sulcos radiados, adherente ao substracto, colloração roseo-alaranjada, tornando-se esbranquiçada pelo envelhecimento (esporulação). Em cenoura — aspecto semelhante ao da maltose apenas um pouco menos secco e colloração mais escura. Nos meios líquidos forma também pellicula secça, dura, de cõr rosea tornando-se depois esbranquiçada. Não turva o meio. Não se assemelha ás culturas do "M. tuberculosis" em meios líquidos. Cogitamos presentemente de identificar essas duas provaveis especies.

**Função do reticulo-endothelio na trypanosomíase americana experimental** — PROF. ERNESTO SOUZA CAMPOS. — Na Trypanosomíase americana experimental ou congenita o S. R. E. exerce função preponderante no mecanismo por que se effectua o parasitismo dos tecidos. No ganglio lymphatico o "T. cruzi" é encontrado nas cellulas histiocytarias do reticulo, muito augmentado de volume e salpicado de goticulas adiposas revelaveis pelo Sudan III. Nos thymus são também as cellulas reticulares o elemento invadido e no pulmão os protozoarios alojam-se nas chamadas cellulas de poeira ou de vicio cardiaco assim como em outros elementos da mesma categoria contidos nos septos interalveolares. Este factos falam em favor da origem mesenchymal destes elementos, origem não discutida em relação ao ganglio lymphatico mas assumpto de debates no que diz respeito ao pulmão e thymus. No figado figuram como parasitadas as cellulas de Kupfler de typo mesenchymal e no baço são provavelmente as cellulas reticulares o elemento attingido. No testiculo os parasitas se acham incluídos nas cellulas intersticiaes, também derivadas de mesenchyma e no tecido nervoso central é affectada de preferencia a microglia representante, pelo menos funcionalmente, do R. S. E., no encephalo e medulla espinhal.

E. Dias em trabalho recente, agora apparecido nas Memorias do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, analysando o assumpto confirma a actividade do R. S. E. neste parasitismo e adianta ter encontrado no ponto de inoculação dos parasitos, em animaes, a sua presença, logo depois, nas cellulas do "reticulo peripherico", nos clamatocytes regionaes, nas cellulas do reticulo sarclemico dos musculos do esqueleto e nas cellulas reticulares dos ganglios lymphaticos vizinhos.

**Novo methodo de montagem de Nematoide em balsamo do Canadá** — DRS. CLEMENTE PEREIRA e ZEPHERINO VAZ. — Os autores fazem ver a quasi impraticabilidade da montagem em balsamo dos nematoides, bem como os inconvenientes das montagens em meios não resinosos, principalmente a instabilidade dos preparados. "Mediante um revestimento exterior ao helmintho, constituido por celbidina, os autores conseguem levar até o balsamo os nematoides, sem encarquilhamento algum. A technica é rapida e segura, pois cada preparado exige para sua confecção cerca de 20 a 30 minutos apenas. Foram dados os detalhes da technica e apresentadas varias photographias comprovadoras dos resultados obtidos.

**Haemogregarina butantanensis** — DR. J. B. ARANTES. — A Haemogregarina descripta com este nome por Arantes (Mem. do Inst. Butantan, Tomo VI; Semana do Laboratorio, Jan. 1933) da serpente "Ophis merremii", tem a denominação prejudicada, visto ter sido anteriormente dado pelo prof. Samuel B. Pessoa a uma Haemogregarina da "Phylodrias aestivus" em trabalho do Inst. de Hygiene de S. Paulo (Bol. do Inst. de Hygiene n. 35 e Revista de Biol. e Hvg. n. 3, 1928). Sendo Haemogregarinas diversas pelo confronto dos caracteres descriptivos, bem como diferente o animal parasitado, é proposto para a Haemogregarina da "Ophis merremii" o nome de "Haemogregarina boipevae" correspondente ao nome vulgar boipeva, pelo qual a serpente é mais conhecida.



**Contribuição ao estudo da aurotherapia. Sobre um novo composto aurico, o morrhuato de ouro** — DR. FONSECA RIBEIRO. — O A. considera a necessidade da obtenção de um sal de ouro dotado de pouca toxicidade e provido de resistência á acção de substancias organicas, para applicação em therapeutica; relata em seguida que synthetizou um sal de ouro nestas condições,

— o morrhuato de ouro, — do qual cita o methodo de preparação, estudando a seguir a tolerancia dos animaes de laboratorio em face desse sal organico de ouro e de outros compostos de ouro empregados em tisiologia. O A. demonstra finalmente que o morrhuato de ouro é um composto estavel e de nulla toxicidade convido ser utilizado na pratica therapeutica.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 30 DE MAIO

Presidente: DR. ALVARO COUTO BRITTO.

**Da deformidade em face do projecto de Codigo criminal** — DR. J. REBELLO NETTO. — O autor fez um commentario acerca do artigo 183 desse projecto: ahi foi introduzida uma innovação, inexistente no Codigo actual, e que constitue innegavelmente um progresso — é quando cogita da feição economica das lesões deformatorias. Num outro ponto, entretanto, o projecto é pouco explicito — quando accepta como criterio de aggravação de lesão o facto da deformidade ser “grave e permanente”, sem cogitar da reparabilidade da mesma.

Interpretando como “permanentes” os vestigios da lesão que não desapparecem “expontaneamente” com o tempo, o projecto não cogita do possivel apagamento desses vestigios pela cirurgia.

Ora, os enormes progressos feitos ultimamente pela cirurgia plastica, introduzidos alguns, como noções correntes ao alcance de qualquer cirurgia, mesmo não especializado, legitimam o debate da questão, desde que é possivel apagar os vestigios por meio de intervenções rapidas, simples, indolores, não exigindo, o mais das vezes, a interrupção das actividades habituaes do individuo.

Accentua que não se trata de coagir ninguem a submeter-se a tal ou

tal tratamento, ficando este inteiramente ao arbitrio do lesado.

Quando a pena de homieidio é atenuada, porque o offendido deixou de observar o regime medico e hygienico reclamado pelo seu estado, tambem não exerce coacção “directa” sobre o ferido. Tanto neste como no outro caso, o paciente não é, pois, “forçado” a fazer-se operar, mas a circumstancia da sua reparabilidade, deverá pesar na desclassificação delictual.

O progresso dos recursos medicos e chirurgicos justifica, frequentemente, a desclassificação de lesões comuns de graves para leves. Porque não invocar os mesmos principios nas lesões reputadas deformatorias, desclassificando-as, quando a cirurgia nos offerece um meio facil e seguro de transformal-as em lesões de menores importancia?

Dahi propor uma restricção ao conceito deformatorio, accetando como tal a lesão que sendo grave pela sua séde, pela diminuição do valor economico individual, pela impossibilidade da cura expontanea, seja “inapagavel” por meio de cirurgia.

Para documentar a sua asserção, o A. fez projectar photographias de varios pacientes portadores de deformidades faciaes, e o aspecto inteiramente normalisado dos mesmos, após intervenções chirurgicas apropriadas, em geral simples — FLAMINIO FAVERO.

## LITERATURA MEDICA

## Livros recebidos

**Précis de Sémologie médicale appliquée** — M. CHIRAY e P. CHENE — Masson & Cie. (120, Boulevard Saint-Germain), Paris, 1934. — A casa Masson acaba de distribuir um livro de grande alcance pratico. Aos "Précis Médicaux" ella accrescentou agora a "Sémologie médicale appliquée", da autoria e Chiray de Chêne, escripto para ser usado como um breviario. Não se infira dahi que a utilidade do livro se restringe aos estudantes. E' certo que será um guia seguro para todos os que se iniciam na Medicina e que, por isso, têm necessidade de quem lhes trace normas para chegar a um diagnostico; mas é tal a somma de novos elementos de diagnostico reunidos no livro que elle tambem se torna muito util aos medicos já iniciados. E' que os autores apresentam de uma forma moderna e bem orientada todos os dados a que o pratico pode recorrer para firmar um diagnostico — desde a inspecção aos exame de laboratorio e radiologicos. Preço, 75 francos.

**Obstetricia operatoria** — RAUL BRIQUET — Companhia Editora Nacional, (rua dos Gusmões, 26-28), São Paulo, 1932. — Nunca é tarde demais para realçar o valor dos bons vros. A obra do prof. Briquet, sahida a cerca de anno e meio, está no rol daquellas que sempre merecem uma referencia especial. E tanto assim é que "conta a obra figuras e graphicos em numero superior do de qualquer tratado de operações obstetricas até hoje publicado" — como bem salienta o A. E' que, ao lado de numerosas illustrações originaes, o A. collocou as melhores figuras dos principaes tratados, graças a uma gentileza dos respectivos editores, de sorte que o seu livro é altamente demonstrativo. Releva notar que o texto é versado em português escorreito e denota profundo conhecimen-

to da especialidade e orientação clinica das mais apuradas. Por isso tudo é a obra do prof. Briquet digna de figurar na estante de todo medico pratico. Preço 75\$000.

**Techniques de Médecine opératoire** — R. SOUPAULT — Masson & Cie (120, boulevard Saint, Germain), Paris, 1929 e edição espanhola da Editorial Pubul. (Enrique Granados, 63), Barcelona, 1933. — Robert Soupault, que é antigo assistente da Faculdade de Paris, reuniu em elegante volume a "technica operatoria classica", isto é, o conjunto de operações que de muito constituem a pratica dos laboratorios de technica cirurgica — as ligaduras, as desarticulações e as amputações. De uma maneira eschematica, sem rodeios, nem considerações cansativas, o assumpto é explanado ao lado de illustrativas gravuras, o que fazem do livro um manual de grande utilidade para o estudante. Si é certo que os programmas incluem hoje operações outras, é tambem verdade que a cirurgia classica do amphitheatro de technica operatoria ainda ocupa, pelo menos em parte, um lugar de grande destaque. E a prova de que ella ainda impera em muitas Faculdades está no facto do successo alcançado pela edição francesa, tanto que os espanhóes trataram de fazer uma edição em castelhano.

**Le choc en thérapeutique** — P. HARVIER — J. B. Baillière et Fils (19, rue Hautefeuille), Paris, 1934. — Da collecção "As therapeuticas novas", que a importante casa francesa está publicando sob a direcção do prof. Rathery, faz parte um interessante volume sobre "O choque em therapeutica", da autoria do prof. Harvier. O livro inicia-se com um capitulo sobre as "noções biologicas experimentaes e clinicas

justificativas do emprego do choque em therapeutica". Em seguida trata do modo de emprego e das modalidades do choque, para especificar, depois, as suas indicações. Termina dando as suas contra-indicações e tratando do seu modo de agir. E' assim, um folheto de utilidade, que torna ao medico mais facil manejar esse excellente meio therapeutico que é o choque. Trata-se de uma synthese enfiada num volume de 40 paginas e que custa apenas 8 francos

**Technica Citologica** - ANDRÉ DREYFUS - S. Paulo, 1932. — Trata-se de um volume contendo as aulas dadas no curso pratico da Histologia da nossa Faculdade de Medicina e tachygraphadas pelos alumnos Francisco Finocchiaro e Mario Antunes. Livro didatico, tem tambem utilidade para quantos se dedicam ao laboratorio. Pedidos para a rua Vergueiro, 231, S. Paulo.

**Vademecum medico-pharmaceutico** - JOÃO DE DEUS BUENO DOS REIS - Mario Ponzini & Cia. (rua Quintino Bocayuva, 54), S. Paulo, 1934. — Conforme tivemos oportunidade de noticiar, a imprensa medica brasileira conta já com um annuario organizado em metodos capazes de conduzir a iniciativa a um esplendido successo. De facto, o "Vademecum medico-pharmaceutico", cujo primeiro volume, correspondente a 1934-1935, acaba de ser distribuido pelas livrarias, é obra digna de louvores, já pela lacuna que vem preencher, já pelo muito de util que encerra, já pela orientação que a norteou. Manual para o medico ter sempre á mesa de consultas, traz numa primeira parte a lista alphabetica das especialidades pharmaceuticas, numa segunda as suas indicações therapeuticas, numa terceira a relação das nossas estancias e aguas mineiras, numa quarta as nossas estações de clima, e, a seguir, os nossos hospitaes, os nossos medicos, os nossos droguitas e fabricantes de preparados. Isso tudo num volume de perto de 600 paginas.

**Electrocardiographia Clinica** - J. LEWIS - Tradução espanhola da 5.ª edição, por Maria de Corral -

Espasa Calpe - Madrid, 1934. — As obras sobre electrocardiographia têm se multiplicado nestes ultimos annos, em todas as linguas. No entretanto, ainda se offerecem difficuldades para aquellos que desconhecem o allemão e o inglez a aquisição de noções praticas que consubstanciem os capitulos mais importantes da electrocardiographia clinica. Sem duvida os grandes tratados de Lewis, de Pardee e sobretudo de Wenckebach, continuam a ser os grandes repositorios para onde se tem de appellar no estudo de certos detalhes, como os varios methodos de calculo de eixo electrico, as bases experimentaes das perturbações de conducção, as formas complexas de arhythmias, etc., etc.

Ao clinico pratico, porem, interessam mais os dados não só inteiramente consolidados, como aquellos que elle encontra habitualmente na sua clinica diaria. Para este é que Lewis, autor já de um livro especialisado, obra classica de electrocardiographia, "The Mechanism and Graphic Registration of the Heart", apresentou ha alguns annos um pequeno trabalho, onde synthetisa de uma maneira brilhante, os elementos indispensaveis para uma analyse do electrocardiogramma, descrevendo com uma simplicidade intuitiva, em cento e poucas paginas, as perturbações cardiacas mais comumente encontradas na pratica e para as quaes a electrocardiographia constitue um meio indispensavel para o diagnostico. Descreve em capitulos especiaes, de uma maneira accessivel a todos, o apparelho, o electrocardiogramma physiologico, o electrocardiogramma anormal sem perturbação do rythmo, os bloqueios, a extrasystolia, a tachycardia paroxistica, o flutter, a fibrillação, as perturbações sinusaes e a alternancia, e o electrocardiogramma em certos estados especiaes (lesões valvulares adquiridas e congenitas, hypertension, bocio, thrombose coronaria).

A traducção feita por Maria de Corral, que aliás não é medica, satisfaz plenamente, tanto mais quanto os livros em hespanhol encontram em nosso meio, pela semelhança que apresenta esse idioma com o nosso, uma diffusão muito maior do

que os escriptos em inglez e allemão, nos quaes a maioria dos compendios de electrocardiographia tem sido publicada. Esta traducção foi feita da ultima edição ingleza (5.<sup>a</sup>) e se apresenta em confecção typographica igual á original — DR. DANTE PAZZANESE.

**Receituário Prático** — CABRAL DE ALMEIDA — edição da Papelaria Velho (av. Marechal Floriano, 13), Rio, 1934. — Editado pela Papelaria Velho, Rio de Janeiro, acaba de apparecer o "Receituário Prático" de autoria do Dr. Cabral de Almeida, obra que tem por fim facilitar ao medico o conhecimento das dosagens, composição etc., dos variados preparados pharmaceuticos.

Nesse receituário encontramos os nomes dos medicamentos e sua composição; suas propriedades physiologicas e dahi suas indicações; formas pharmaceuticas commerciaes; doses para adulto e para creança, incompatibilidades e contraindicações.

A exposição dos medicamentos é precedida de uma parte geral, que fornece os elementos indispensaveis á comprehensão do texto, seguida de outra parte geral onde se encontram alguns medicamentos distribuidos por especialidade e finalmente uma lista dos principaes laboratorios e seus representantes para que os medicos possam pedir as amostras que necessitam. E', por fim, um livrinho bastante util. N.

## Theses de doutoramento

**Contribuição para o estudo dos Anophelinos do grupo Nyssorhynchus (Diptera, Culicidae) do Estado de S. Paulo** — RUBENS ESCOBAR PIRES — These de S. Paulo, 1934. — Para o especialista, a receptividade de certas especies de anophelinos á infecção malarica é tão importante quanto a determinação das mesmas. Roubaud, com o estabelecimento do seu indice maxillar, para a differenciação das especies zoophilas ou não, abriu directrizes novas ao estudo da primeira dessas questões. Mais tarde, outros autores, baseados nas diversidades estruturales dos ovos e outras, puderam distinguir subespecies de "Anopheles maculipennis" e indicar o papel de cada uma dellas na diffusão do impudismo na Europa. Entre nós o assumpto foi apreciado de varias maneiras, o que prova o interesse despertado pelo suggestivo thema.

Sobre a determinação das especies de anophelinos do subgenero "Nyssorhynchus", a materia é por demais difficil e controvertida. Neste trabalho de perfeita concatenação, são discutidos os nomes das especies e subespecies que devem prevalecer. Adeante, uma chave para a determinação das mesmas é apresentada: simples, de facil manuseio, mesmo para os menos treinados nos segredos

da entomologia. Ahi se alinham as especies e subespecies de anophelinos: "A. argyritarsis, A. albitarsis, A. tarsimaculatus, A. bachmanni, A. rondoni, A. argyritarsis darlingi, A. albitarsis brasiliensis, A. tarsimaculatus oswaldoi, A. tarsimaculatus gorgasi.

Este trabalho, sahido do laboratorio de Parasitologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo, condiz com a importancia desse grande centro de pesquisas e estudos. — Alcides Prado.

**Contribuição para o estudo da ulcera gastrojejunal post-operatoria** — JAYME RODRIGUES — These de S. Paulo, 1934. — Trabalho fartamente documentado, com contribuição clinica e experimental, mereceu approvação distincta. O A. assim resume a sua these:

"Apresentamos um total de 14 casos nos quaes em 13 vezes se evidenciou a existencia de ulcera gastrojejunal post-operatoria.

Dos 13 pacientes, 11 eram do sexo masculino (84,6 %) e 2 do sexo feminino (15,4 %). Em 12 vezes a ulcera primitiva do duodeno, e em 1 vez do pyloro.

A topographia da lesão postoperatoria foi a seguinte:

1) Na alça efferente, 3 vezes, 23,0 %. - 2) Na anastomose gastrojejunal, 5 vezes, 38,4 %. - 3) Nas alças afferentes, 1 vez, 7,8 %. - 4) Na anastomose e na alça efferente, 3 vezes, 23,0 %. - 5) Fronteira á anastomose, no jejum, 1 vez, 7,8 %.

As edades extremas em nossos casos foram 23 e 55 annos.

O apparecimento dos symptomas se deu aos trez mezes da primeira operação em 2 casos, e depois de 15 annos em um caso.

A distribuição pelo typo de operação, anterior foi :

1) G. E. simples, 6 casos, 46,1 %. 1) G. E. com exclusão do pyloro, 1 caso, 7,7 %. - 3) Billroth 2, 4 casos, 30,7 %. - 4) Gastrectomia a Reichel-Polya, 2 casos, 15,5 %.

Em uma vez presenciamos a existencia de fistula gastrojejuno-colica (7,7 %). Esse caso teve cura cirurgica.

Nos casos ns. 13 e 14, em que o tratamento cirurgico da ulcera gastrojejunal foi feito pelo processo de Roux, parece ter havido recidiva.

O exame histo-pathologico nos deu oportunidade de ver, á maneira do que se diz actualmente, 6 vezes a presença de jejunitis, em 7 casos estudados. Portanto jejunitis presente em 85 % dos casos.

O fio de seda, apontado por muitos como responsavel pelo apparecimento de muitas ulceras gastro-jejunaes, não é, a nosso ver, e pelas nossas observações, elemento que mereça especial attenção."

**A Serino-globulinemia** - João MANOEL ROSSI - These de S. Paulo, 1933. - Trabalho approved com grande distincção, é dos melhores que tem produzido a nossa Faculdade. Daremos, em outra occasião, um resumo geral da these. Por hoje, o seu summary :

Parte I - Aspecto Bioquímico Geral.

Capitulos : I, Noções sobre a quimica das proteínas em geral. - II, O isolamento das varias proteínas do sêro. - III, As proteínas do sêro como complexos. - IV, Origem das proteínas sanguineas. - V, Papel fisiologico das proteínas do sêro.

Parte II - Aspecto clinico geral.

Capitulos : I, Variações fisiologicas. I-1, Variações patologicas.

Parte III - A insuficiencia hepatica e as proteínas do sêro.

Capitulos : I, O conceito da insuficiencia hepatica. - II, As provas funcionaes do figado. - III, Afecções hepaticas e perturbações do metabolismo da agua. O edema hepatico. - IV, Afecções hepaticas e as proteínas do sangue. Pesquisas pessoais. - V, Conclusões.

Parte IV - Adenda.

Capitulos : I, Observações. - II, Methodos de determinação. - III, Bibliographia.

**Anastomoses bilio-digestivas** - ORLANDO DE SOUZA NAZARETH - These de S. Paulo, 1933. - São as seguintes as conclusões finais do trabalho, que foi approved com grande distincção :

1.) As anastomoses bilio-digestivas são operações precarias, de necessidade.

2.) Apresentam estas intervenções 2 graves inconvenientes : refluxo alimentar e infecção ascendente das vias biliares.

3.) O refluxo alimentar :

a) com sua acção nociva para a mucosa do tracto biliar, facilita a infecção. b) difficulta o fluxo biliar, determinando dilatações das vias biliares e consequente atrophia das cellulas hepaticas e insufficiencia glandular ; c) é de grande valor prognostico para o julgamento do exito das anastomoses ; d) é frequente nas anastomoses cholecystogastricas e cholecysto-duodenaes, um pouco menor nestas que naquellas.

4.) A infecção ascendente :

a) é occorrença frequente ; b) e maior e mais rapida nas anastomoses cholecysto e hepatico-digestivas que nas cholecysto-gastricas e cholecysto-duodenaes ; c) as anastomoses da vesicula com o colo e ileo são, tambem, seguidas, quasi sempre, de intensas e rapidas infecções ; d) a causa essencial da infecções ascendentes post-operatorias é a falta de um esphincter que impeça o refluxo alimentar e a ascensão bacteriana para dentro das vias biliares.

5.) As anastomoses bilio-digestivas não causam perturbações apreciaveis da digestão.

6.) As anastomoses bilio-digestivas são indicadas :

a) nas estenoses congenitas, adquiridas ou neoplasicas do hepato-choledoco; b) nas neoplasicas da cabeça do pancreas e pancreatites chronicas rebeldes; c) nas lesões accidentaes da via biliar principal.

7.º) As anastomoses cholecysto-gastricas e cholecysto-duodenaes são as que menos inconvenientes apresentam, devendo ser, portanto, as preferidas.

8.º) Quanto á anastomose gastrica ou duodenal, ellas se equivalem, podendo o cirurgião escolher, das duas, a que for, em cada caso, de mais facil execução.

9.º) Duas condições são indispensaveis para a realização de uma anastomose vesicular:

a) vesicula noma ou pouco alterada e; b) permeabilidade completa

do cystico e da confluencia cystico-hepatica.

No que se refere á parte experimental, concluiremos:

1.º) Qualquer que tenha sido o typo de anastomose, observamos, constantemente, infecção ascendente das vias biliares e, em alguns casos, micro-abcesos multiplos do figado.

2.º) Na grande maioria dos casos, observámos refluxo alimentar indo até as ultimas derivações da arvore biliar intra-hepatica.

3.º) Via de regra havia perda de peso.

4.º) As lesões anatomo-pathologicas mais constantes foram:

a) angiocholite, geralmente mais pronunciada nas vias biliares intra que nas extra-hepaticas, e b) dilatação de toda a arvore biliar.

## ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

### *Os inconvenientes dos soros*

A respeito de accidentes que possam occorrer no emprego de injeções de soro, recebemos do dr. Eduardo Vaz, director do Instituto Pinheiros, uma interessante circular, em que o assumpto é focalizado com o intuito de aquisições uteis nos dominios da pratica profissional. Como ha vantagem de se colligir o maior numero possivel de respostas, reproduzimos a seguir a circular do dr. Eduardo Vaz, esperando que os leitores saibam corresponder aos intuitos do illustre scientista, fornecendo-lhe os informes que solicita:

“Prezado collega: — Desejando fazer um inquerito a respeito de accidentes séricos e vacinicos, pensei no concurso valioso que me poderá prestar o collega com a sua experiencia clinica. Focalizei este assunto em trabalho apresentado á Associação Paulista de Medicina, mas sem contribuição estatística brasileira. Quanto a accidentes séricos, mostrei o valor da oftalmo-reacção, e para a sua pratica tenho feito distribuição nas caixas de soro do Instituto Pinheiros de 2 tubos capilares com soro di-

luido. Ainda não tenho noticia nenhuma do seu emprego e resultados praticos.

Com interesse puramente científico, organizei os quesitos abaixo que lhe peço responder. Alem dessa resposta, ser-me-ia agradável o relato mais extenso de qualquer observação que lhe pareça interessante na contribuição para o estudo de accidentes séricos e vacinicos entre nós.

1.ª — Já observou accidentes graves causados por injeção de soro?

2.ª — Qual dose?

3.ª — Por que via?

4.ª — Quanto tempo depois da injeção ocorreu o accidente?

5.ª — Sintomatologia?

6.ª — Consequencia?

7.ª — Havia anteriormente tomado injeção de soro?

8.ª — Ha quanto tempo?

9.ª — O paciente apresentava nos seus antecedentes — asma, eczema, enxaqueca, urticaria ou rinite espasmodica?



10.\* - Tem se valido da prova de oftalmo-reacção antes da applicação de soro?

11.\* - Quaes os resultados?

12.\* - Tem observado accidentes graves causados por vacina?

13.\* - Que vacina?

14.\* - Que tipo de accidente?

a) Dr. Eduardo Vaz."

As respostas devem ser endereçadas para a Caixa Postal n.º 951 - S. Paulo.

## NOTAS THERAPEUTICAS

### As affecções pulmonares

**O Bronchiserum.** — O medico quasi sempre não dispõe de tempo para, reunindo medicamentos, organizar uma formula complexa, que, como expectorante e calmante, tenha uma acção segura nas molestias broncho-pulmonares. E' por este motivo que innumerables clinicos vêm indicando o "Bronchiserum" em seu receituário com resultado seguro, pois que o "Bronchiserum" reúne em sua composição medicamentos de alto valor therapeutico.

Pelas observações e apreciações recebidas de innumerables e abalisados clinicos, tem-se verificado que o "Bronchiserum" pode ser receitado na convalescença da pneumonia, pois que acalma a tosse e diminue rapidamente a secreção bronchica, evitando a formação de novos focos pneumonicos.

Para que os Snrs. medicos possam se aquilatar do valor dos componentes de que se forma o "Bronchiserum", descrevo a sua composição posologica em cada colherada: benzoato de ammonio 0,40; thiocol, 0,30; gaicol, 0,05; chlorhydrato de heroína, 0,0040; tintura de belladonna, 4 gottas e meia; aconito, 3 gottas; xaropes peitoraes e balsamicos, quanto baste.

Assim, creio que os Snrs. medicos, poupando tempo e trabalho, não deixarão de receitar o "Bronchiserum" nas molestias que affectam o aparelho respiratorio, pois que, sendo um producto genuinamente brasileiro, é manipulado com o maximo escrupulo, podendo por este motivo ser receitado com confiança. — Affonso Marques Junior.

## NOTICIARIO

### Necrologio

**Dr. Oswaldo Zaccaro.** — Falleceu a 15 de abril ultimo victima de um desastre de automovel, o dr. Oswaldo Zaccaro, clinico nesta Capital.

O prof. A. Dreyfus, em sessão de 8 de maio da Sociedade de Biologia de S. Paulo, pedindo a inserção na acta de um voto de pesar pela morte do dr. Zaccaro teceu em rapidas palavras a sua biographia, dizendo:

"O dr. Zaccaro, que completava 24 annos na vespera do accidente que lhe causou a morte, formara-se

no anno passado, na Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Defendeu these, approvada com distincção, sobre "Contribuição para o estudo da influencia dos narcoticos sobre a caryocinése". Ao passar, recentemente por S. Paulo, o prof. Fauré-Fremiet, do Collegio de França, tanto se interessou por esta these que propoz sua traducção para o francez, afim de publical-a numa collecção de monographias scientificas que o mesmo professor dirige, traducção que está sendo feita. O dr. Zac-



caro foi um dos mais notáveis espiritos que já têm passado pela nossa Faculdade. Conhecedor profundo de mathematicas, como se deprehende pela leitura de sua these, possuia invulgaes conhecimentos de physica, biologia, philosophia, linguas. Notavel

era igualmente sua cultura literaria, especialmente em literatura italiana, franceza, allemã e ingleza. Espirito apaixonado pela musica e demais artes, seu prematuro desaparecimento é realmente uma perda irreparavel para a sciencia patria".

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

### Posse e eleição de novos socios.

— Presidida pelo dr. Ayres Netto e secretariada pelos drs. Mesquita Sampaio e Renato Locchi, a Sociedade de Medicina e Cirurgia reuniu-se no dia 1 de junho em sessão ordinaria. Aberta a sessão é empossado o novo socio titular dr. José Rodrigues Barbosa, ultimamente eleito na secção de cirurgia geral, que é introduzido no recinto pela dra. Carmen Escobar Pires e Altino Antunes, onde foi recebido sob palmas. O Presidente ao espossar-o congratula-se com o novo consocio e dá a palavra para saudal-o, ao dr. Moura Azevedo Filho, proferindo este as seguintes palavras:

Dr. Rodrigues Barbosa: Correspondendo á benevolente solicitação dos que presidem nossa Sociedade, aceitei a grata tarefa de apresentar-vos as boas vindas ao ingressardes no nosso gremio.

Assenta a escolha na unica credencial que talvez para tanto ou possua: a nossa boa amizade, consolidada no convivio diario de tantos annos, como companheiros de Serviço.

Seja-me portanto, em nome della, permittido fugir á praxe de, ao invés de nesta apresentação enaltecer os meritos scientificos dos vossos trabalhos, alguns dos quaes lidos neste plenario lembrar outros predicados que não menos recommendam e exaltam o vosso culto espirito.

Merece admiração incançavel actividade com que vos occupaes dos multiplos affazeres da medicina, no sempre vivo desejo de, cada vez mais, aprender, enriquecendo o vosso patrimonio intellectual.

Dessas valiosas acquisições, pouco lucra a ambição remuneradora em confronto com o nobilitante lemma

que vos norteia: fazer o bem aos vossos doentes. Do vosso altruismo eloquentemente fala o vosso sangue, tantas vezes transportado para as veias de moribundos, pelas vossas proprias mãos generosas.

Tendes fascinação pelos empreendimentos nobres: Quando nos tormentosos dias de 1932 a alma paulista, sequiosa de liberdade e cansada de ignominias, tremula pela sorte de alguns de seus filhos que fatalmente tombariam na lucta, mas convicta da victoria do bello exemplo de virilidade que iria dar ao mundo e á raça, appellou para o nosso civismo, — radiante partistes com os primeiros que se dirigiram para as fronteiras do Estado onde, abnegadamente, até o fim, permanecestes soccorrendo os nossos heroicos feridos.

Estes predicados bastariam para justificar o immenso jubilo com que vos acolhemos se não fôra, porém, maior a esperanza do quanto promette o vosso espirito jovem e insaciavel de saber, o qual certamente não se deterá com a conquista do titulo que hoje adquiristes.

Sede bem vindo nesta Casa. A' vossa frente encontrareis vasta e luminosa estrada cujos primeiros marcos perpetuam a memoria dos saudosos companheiros que já não vivem e os derradeiros assignalam a conquista do esforço e da intelligencia dos que aqui, sem fadiga nem esmorecimentos, pelejam pela grandeza desta Sociedade. A vossa perseverança e capacidade vos asseguram um logar de destaque entre estes obreiros do progresso e do esplendor da sciencia medica paulista.

Findas as palavras do orador, o dr. José Rodrigues Barbosa agradece a acolhida que teve, dizendo:

Sr. presidente; meus senhores: é com sobrenhumano esforço, dada a notoria pobreza dos meus dotes oratórios, que sou levado a dizer-vos estas poucas palavras. A isso me obriga a nimia gentileza de Moura Azevedo, em tão boa hora indicado pelo sr. presidente para vir dizer á Casa, á guisa de recepção, uma porção de inverdades generosas, instillando através de sua verve prasenteira, qualidade que eu mesmo, num seguro exame de consciencia, ignorava possuir até este momento. Na verdade, quem hoje recebei como Titular é apenas o mais obscuro de quantos têm sido, como eu, galardoados pela mercê de vossa complacencia. E eu me sinto bem aqui, porque no vosso convívio só espero aprender e aperfeiçoar-me.

Da primeira vez que bati ás portas da Sociedade ellas permaneceram cerradas ao meu appello. Longe, porém, de magoar-me, exultei. Aceitastes um collega digno, por muitos titulos, do premio. E dessa batalha perdida eu hauri a lição, sempre proveitosa, dos desenganos. E aprendi que era mister mais largo fôlego e perseverança mais tenaz para alcançar a recompensa que hoje conferis ao meu esforço, pequeno mas sincero.

Considerai, pois, a emoção com que me acérco de vós! A Sociedade de Medicina e Cirurgia é, sem duvida alguma, o escol da medicina paulista. Quer entre os que já partiram para a viagem eterna, quer entre os que pontificam na arte medica na nossa terra, esta Casa tem visto passar por estas poltronas os nomes mais refulgentes da nossa profissão. Na tribuna da Sociedade de Medicina têm pontificado as cerebrações mais brilhantes do paiz e do estrangeiro. Mas ella é, sobretudo, o portavoz da cultura médica de S. Paulo, a irradiar quizenalmente a experiencia colhida á cabeceira dos enfermos ou no silencio fecundo dos laboratorios. E essa cultura ella a tem affirmado em alto e bom som, mostrando quanto se deve esperar dessa legião de moços que mais e mais se revela cada dia, fazendo prevêr, para um futuro proximo, uma pleiade de profissionaes que perpetuarão as tradições scientificas de S. Paulo.

Permitti, como moço, que eu a fale dos moços. Vos outros, antigos assentados de ha muito nos apices do renome clinico, dispensareis, de bom grado, que eu vos enalteça os meritos. Elles são de sobejo conhecidos e vos viveis presos religiosamente á nossa admiração.

Revela-se aqui a mesma evolução que se nota em todos os departamentos de actividade humana. E os nossos mestres de hoje, aquelles de quem recebemos orientação e ensinamento na pratica da nossa arte, vão cedendo lugar aos discipulos que serão, amanhã, os continuadores de sua obra.

O lugar que conquistei nesta Casa pertenceu ao Dr. Francisco Lyra, Chefe de clinica cirurgica e expoente da cirurgia paulista.

Hoje que elle, encanecido nos longos annos de profissão, abandona a tribuna a que tantas vezes cedeu o brilho de sua intelligencia, é sobre os meus hombros, frageis demais, que pesam as immensas responsabilidades de honrar, com igual realce, o lugar que elle tanto exaltou.

É só eu sei, senhores, as difficuldades quasi intransponiveis que se me depa-ram, no cumprimento dessa missão.

Tudo espero, porém, de vossa benevolencia.

E com o vosso amparo, possa eu corresponder ao desejo daquelles que, num gesto de pura bondade, vendo em mim virtudes inexistentes, me honraram com sua desvanecedora confiança.

Em seguida foram approvados os pareceres relativos aos trabalhos dos Drs. Oswaldo Lange, João Alves Meira e J. M. Cabello Campos, candidatos ás vagas, respectivamente, nas secções de medicina especializada, medicina geral e sciencias applicadas á medicina. Procedendo-se em seguida á eleição foram os mesmos eleitos, unanimemente, socios titulares. Foi nomeado o prof. Ovidio Pires de Campos, para receber os novos titulares, cuja posse se dará na proxima sessão. Encerrada a inscripção da vaga de socio titular da secção de cirurgia geral, tendo a ella concorrido os Drs. Carlos Gama com o trabalho "Aeroventriculographia directa" e o dr. Eurico Branco Ribeiro com o trabalho "Aspectos cirurgicos da ca-

seose dos nervos na lepra". O dr. Nelson Baeta Neves, tambem candidato, pede o cancellamento da sua inscripção, por motivo de força maior. O dr. Fausto Guerner candidata-se á vaga de titular da secção de medicina especialisada. O dr. Aristides Guimarães pede a sua transferencia para a

classe dos correspondentes nacionaes. E' aberta, uma vaga na secção de sciencias applicadas, tendo a ella se candidatado o dr. J. Hugo Travassos.

O dr. Vasco Ferraz Costa apresenta-se candidato a uma vaga na secção de medicina geral.

## Sanatorio "Padre Bento"

**Inauguração do busto do dr. Salles Gomes.** — Em Gopouva, no Sanatorio "Padre Bento", em cuja direcção se acha o dr. Lauro de Souza Lima, realizaram-se festejos esportivos por occasião da inauguração do busto do dr. Salles Gomes. Em nome da administração, falou o dr. Hugo Guido. Falou depois um representante da Caixa Beneficente de Santo Angelo, que agradeceu o convite que lhe foi feito pelos collegas de Gopouva. A seguir foi offerecido por uma senhorita a d. Gilda Salles Gomes um mimo. Agradecendo essa homenagem o dr. Salles Gomes discursou longamente abordando o problema da lepra em S. Paulo. S. s. fez referencias á obra immorredoura do saudoso hygienista Emilio Ribas, iniciador desse movimento medico-social, e terminou affirmando que, para o bom exito da campanha prophylactica em nosso Estado, era necessario que a uniformização da cam-

panha combativa e preventiva, iniciada nestes ultimos annos, perdurasse por alguns lustros, para que o mal de Hansen, em S. Paulo, ficasse circumscripito a poucos focos.

O Sanatorio "Padre Bento" abriga 280 doentes, occupando uma area de 4 alqueires de terra.

Dos doentes internados 60 são menores. Os enfermos, que são os de forma fechada da lepra, gozam de um conforto completo. E' auspicioso consignar-se que as altas têm sido innumeradas e cada vez que um internado regressa ao convívio social é elle alvo de expressiva manifestação, ficando para os doentes a consolação de algum dia, tambem, receberem identica prova. No Sanatorio "Padre Bento", além do seu director, empregam sua actividade os medicos drs. Hugo A. Guido, Flavio Maurano, Mendonça de Barros, Abrahão Rotterdamberg e os estagiarios Francisco Arantes, Paulo Gordo e Sylvio Boeck.

## A influenica dos suinos nas regiões paludicas

**Como se conseguiu na Italia o saneamento.** — De um comunicado da Directoria de Publicidade da Secretaria da Agricultura, destacamos o seguinte trecho :

Nos ultimos 60 ou 70 annos, a medicina e a hygiene italianas têm-se distinguido sobremaneira no combate ao paludismo. O saneamento da Peninsula Italica com a extineção de focos seculares, cujos maleficios para a civilização a historia regista, foi uma victoria que constitue um dos grandes factores do esplendor actual que ostenta o paiz irmão. Por

esse facto só se póde imaginar a importancia que tem a terrível molesta na vida de um povo. Por outro lado, adquire um valor especial qualquer observação a respeito quando oriunda da medicina italiana.

Os medicos italianos, graças a um feliz acaso, conseguiram identificar um novo meio auxiliar do combate ao paludismo nas zonas ruraes. Tíham elles verificado nas zonas infestadas pelo mosquito transmissor que nas aldeias em que a criação de porcos era mais numerosa, os casos de maleita eram notavelmente menos

frequentes. Continuada a observação e feito o cotejo com as aldeias em que eram raros os suínos, verificou-se que, realmente, os casos eram tanto menos numerosos quanto maior era a população daquella especie domestica.

Procuraram então os scientistas italianos investigar a causa do phencmeno e constataram que o gado possui a faculdade de desviar do homem o mosquito transmissor. E, posteriormente, verificaram que os suínos exercem sobre os anophelinos uma attracção muito maior ainda que o gado bovino e o cavallar. Um dos investigadores, o dr. Fermi, verificou que as picadas de anophelinos são

7 vezes mais numerosas nos porcos que nos cavallos e 4 vezes mais nos porcos que nos bovinos.

Tendo chegado a taes conclusões, cogita-se na Italia de tirar proveito pratico das mesmas nas zonas infestadas pela malária, intensificando a criação de suínos.

O assumpto tem sido ventilado pela imprensa allemã, que procura destacar a sua importancia como factor auxiliar de saneamento.

Ao nosso meio o assumpto não pode ser indifferente, uma vez que temos muito onde observar ou empregar o novo recurso, que de certo virá constituir um dos bons meios de acção da hygiene rural.

## Assistencia Social

**Os nossos hospitaes.** — Pela estatística elaborada pela Commissão de Assistencia Social verificou-se que S. Paulo, cuja população no censo de 1929 foi calculada em 1.070.000 habitantes, possui actualmen e, além dos 16 leitos pertencentes á Beneficencia Portuguesa e dos 14 do Hospital Samaritano, dois grandes hospitaes para a sua gente pobre — a Santa Casa, com 1.003 e o Hospital Humberto I com 140 leitos gratuitos, num total, portanto, de 1.233 leitos!

Emquanto existem: 12 leitos por 1.000 habitantes em Columbia, America do Norte, 9 leitos em Roma, 8,7 em Lyon, 7,8 em Havre, 7,8 em

Montpellier, 7,5 em Nova York, 7,3 em Bruxellas 7 em Vienna, 6,7 em Burgos, 6,6 em Munich, 6,5 em Leipzig, 5 em Berlim, 5 em Paris, 5 em Amsterdam; S. Paulo, sem o mesmo clima e as mesmas defesas sanitarias, apparece nessa estatística com 1,1 leitos por 1.000 habitantes!

Quanto ao interior do Estado, onde labutam 6 milhões de paulistas, nos nossos 259 municipios, a "carta hospitalar" revela uma situação impressionante, pois contamos cerca de 160 municipios sem um só hospital! Ha ainda municipios que não apresentam nenhum rudimento de assistencia medica, nem de nenhuma assistencia hospitalar!

## Primeiro Congresso Internacional de Electro-Radio-Biologia

Sob a presidencia de S. Excia. o senador Guglielmo Marconi, presidente da Reale Accademia d'Italia e de S. Excia. o Giuseppe Volpi di Misurata, Ministro de Estado, realisar-se-á o Primeiro Congresso Internacional de Electro-Radio-Biologia, na cidade de Veneza, de 10 a 15 de setembro deste anno.

Da lista dos scientistas que já adheriram a este Congresso constam os mais illustres nomes de fama mundial e os nossos especialistas sem duvida figurarão nella.

Para qualquer informação a respeito, dirigir-se ao secretario geral do Congresso, dr. Giocondo Protti, S. Gregorio, 173, Veneza — Italia.

# TRATADO DE ANATOMÍA SISTEMÁTICA

por el

**Dr. Julius Tandler**

Esta obra resulta, por su magnífica ilustración, un verdadero Atlas de anatomía descriptiva. En cuanto al texto, huelga decir que nada tiene que envidiar al de los tratados más celebrados escritos sobre esta rama de la Medicina, pues es claro, correcto y conciso, y propio no solamente para los que comienzan el estudio de la ciencia anatómica, sino para los que ya están versados en ella.

**Cuatro tomos en cuarto, con un total de 1.848 páginas y 1.228 figuras.**

# RONTGENDIAGNOSTICO

por

**H. R. Schinz, W. Baensch y E. Friedl**

La presente obra, que viene a llenar una gran laguna, es altamente didáctica, y tanto por la magnitud de la materia como por la abundancia de la ilustración gráfica que la aclara, constituye un tratado completo y acabado de diagnóstico radiológico.

**Dos tomos en cuarto, ilustrados con 2.303 grabados y 5 láminas**

# ATLAS DE UROGRAFIA

por el

**Dr. A. Puigvert Gorro**

Sin tener nada que envidiar a los mejores, y aun sobrepujándolos en algún aspecto, aparece hoy en la literatura médica española el documentado «Atlas de Urografía» del doctor A. Puigvert, primero de su especie en España.

**Un tomo en cuarto, de 74 páginas y 290 láminas en negro y color.**

# CIRUGIA Tratado teórico-práctico de Patología y Clínica quirúrgicas

publicado bajo la dirección del doctor

**W. W. KEEN**

El tratado de Cirugía publicado por el doctor W. W. Keen comprende las últimas enseñanzas con que los tiempos modernos, especialmente los de la guerra mundial pasada, han contribuido poderosamente al progreso de la ciencia quirúrgica en general.

**Ocho tomos, con un total de 8.958 págs., 4.032 grabados y 89 láms.**

Dirija sus pedidos a cualquiera de las principales Librerías de São Paulo o a

**SALVAT EDITORES, S. A. 41-Calle de Mallorca-49 : BARCELONA**

